

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie se sociální geografii



**Jana Kortanová**

**UMĚLÁ POTRATOVOST VE SVĚTĚ**  
**INDUCED ABORTION IN THE WORLD**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Jiřina Kocourková, Ph.D.

Praha, 2013

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 20. 5. 2013

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda vyjádřila poděkování vedoucí své bakalářské práce RNDr. Jiřině Kocourkové, Ph.D. za náměty a připomínky, kterými přispěla k mé práci. Zvláštní poděkování patří Mgr. Kateřině Válkové a RNDr. Borisovi Burcinovi, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a všeobecnou podporu během zpracování této práce.

## **Umělá potratovost ve světě**

### **Abstrakt**

Cílem předkládané práce je podat ucelený přehled o světové legislativě týkající se umělého přerušení těhotenství a na základě podobností v platných zákonech porovnat zásadní vývojové změny v úrovni umělé potratovosti. V teoretické části práce je zhodnocen stav legislativy, jsou uvedeny metody používané k uskutečnění zákroku a jsou popsány způsoby vládní podpory antikoncepce. Ve druhé části práce je dle dostupných údajů pomocí demografických a statistických metod analyzována úroveň umělé potratovosti a prevalence antikoncepce ve světových regionech a subregionech na konci 20. století a na počátku 21. století. Analýza neprokázala hypotézu, že přísnost legislativy souvisí s počtem provedených umělých přerušení těhotenství, pouze ovlivňuje bezpečnost postupů, kterými je zákrok proveden. Kromě platné legislativy je významným faktorem, který ovlivňuje úroveň umělé potratovosti, dostupnost efektivních antikoncepčních metod. S celosvětovým růstem prevalence antikoncepce klesá úroveň umělé potratovosti, nicméně některé subregiony vyvrací tuto závislost.

**Klíčová slova:** umělé přerušení těhotenství, liberální a restriktivní legislativa, neplánované těhotenství, prevalence antikoncepce

## **Induced abortion in the world**

### **Abstract**

The aim of this thesis is to give a comprehensive overview on global legislation of induced abortion, and, using the resemblances in various laws to compare trends in the level of induced abortion. In the theoretical part of the thesis, the state of the legislations is evaluated, methods used for the procedure are given, and ways of governmental support for contraception are described. The second part of the thesis analyses the level of induced abortion and contraceptive prevalence in world regions and subregions at the end of the 20<sup>th</sup> century and the beginning of the 21<sup>st</sup> century by means of demographics and statistics. The hypothesis that the strictness of legislation influences the number of executed induced abortions has not been analytically confirmed – it only affects the safety of the procedure. Another important factor affecting the level of induced abortion is, apart from the legislation in force, the accessibility of an effective contraception. As the contraceptive prevalence increases worldwide, the level of induced abortions decreases. Nevertheless, for some subregions this dependency has not been proved.

**Keywords:** induced abortion, liberal and restrictive legislation, unplanned pregnancy, contraceptive prevalence

## OBSAH

<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Úvod.....</b>	<b>9</b>
<b>2 Teoretické ukotvení problematiky umělé potratovosti.....</b>	<b>11</b>
2.1 Definice a okolnosti umělého přerušení těhotenství .....	11
2.2 Legislativa v rámci právních systémů .....	14
2.3 Metody umělého přerušení těhotenství .....	16
2.4 Názorové proudy a teorie .....	16
2.5 Vládní podpora antikoncepce.....	17
<b>3 Zdroje dat a jejich specifika.....</b>	<b>20</b>
2.1 Nebezpečná umělá přerušení těhotenství .....	21
2.2 Bezpečná umělá přerušení těhotenství .....	21
2.3 Prevalence antikoncepce .....	22
<b>4 Metodika .....</b>	<b>23</b>
<b>5 Analýza.....</b>	<b>25</b>
5.1 Umělá potratovost a restriktivní zákony .....	26
5.1.1 Afrika .....	27
5.1.2 Asie (mimo východní Asii) .....	29
5.1.3 Latinská Amerika a Karibik .....	31
5.1.4 Shrnutí.....	33
5.2 Umělá potratovost a liberální zákony .....	34
5.2.1 Evropa .....	34
5.2.2 Východní Asie.....	36
5.2.3 Severní Amerika .....	37
5.2.4 Austrálie a Nový Zéland .....	37
5.2.5 Shrnutí.....	39
5.3 Prevalence antikoncepce .....	40
5.3.1 Afrika .....	40
5.3.2 Asie .....	42
5.3.3 Latinská Amerika a Karibik .....	43
5.3.4 Evropa .....	44

5.3.5	Severní Amerika, Austrálie a Nový Zéland .....	45
5.3.6	Shrnutí.....	45
5.4	Úroveň umělé potratovosti a prevalence antikoncepce .....	46
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>48</b>
	<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>51</b>
	<b>Seznam zdrojů dat .....</b>	<b>55</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>56</b>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Důvody, pro které je povoleno UPT, svět, 2009 (podíl států a světové populace) .....	13
Obr. 2	Vládní podpora týkající se přístupu k antikoncepčním metodám ve vyspělých a méně vyspělých státech, 1976, 1986, 1996, 2005 .....	19
Obr. 3	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v regionech s restriktivními zákony o UPT, 1995–2008 .....	27
Obr. 4	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Afriky, 1995–2008 .....	29
Obr. 5	Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Afriky, 1995–2008 .....	29
Obr. 6	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Asie, 1995–2008 .....	31
Obr. 7	Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Asie, 1995–2008 .....	31
Obr. 8	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2008 .....	33
Obr. 9	Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2008 .....	33
Obr. 10	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Evropy, 1995–2008 .....	36
Obr. 11	Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Evropy, 1995–2008 .....	36
Obr. 12	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) ve Východní Asii, Severní Americe, Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2008 .....	38
Obr. 13	Index umělé potratovosti (v ‰) ve Východní Asii, Severní Americe, Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2008 .....	38
Obr. 14	Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) dle přísnosti zákonů o UPT ve světových subregionech a na Novém Zélandu, 2008 .....	39
Obr. 15	Prevalence antikoncepce (v ‰) v subregionech Afriky, 1995–2009 .....	41
Obr. 16	Prevalence antikoncepce (v ‰) v subregionech Asie, 1995–2009 .....	42
Obr. 17	Prevalence antikoncepce (v ‰) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2009 .....	43
Obr. 18	Prevalence antikoncepce (v ‰) v subregionech Evropy, 1995–2009 .....	44
Obr. 19	Prevalence antikoncepce (v ‰) v Severní Americe a Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2009 .....	45
Obr. 20	Shluková analýza: obecná míra umělé potratovosti v roce 2008 a prevalence antikoncepce v roce 2009, světové subregiony .....	47
Obr. 21	Obecná míra umělé potratovosti v roce 2008 a prevalence antikoncepce v roce 2009 za světové subregiony a Austrálii a Nový Zéland .....	47



## Kapitola 1

### Úvod

Problematicke umělé potratovosti se během posledních čtyř desetiletí dostává velké pozornosti nejenom v rámci legislativy jednotlivých států, ale i jako nedílné součásti mezinárodních studií a výzkumů týkajících se reprodukčních práv žen. Po celém světě ženy čelí neplánovaným těhotenstvím, které je dostávají do situace, kdy musí vybírat mezi nezamýšleným potomkem nebo podstoupením umělého přerušení těhotenství (UPT, interrupce). Dostupnost služeb umělého přerušení těhotenství se ale z celosvětového pohledu zásadně liší. Služby snadno dostupné v některých státech jsou zcela nedostupné v jiných. Z velké části je jejich kvalita ovlivněna platnou legislativou v daném státě. Ve státech s liberálními zákony o UPT a zcela přístupnými službami je ženám, kromě poskytnutí samotného bezpečného zákroku, věnovaná dostatečná péče v případě komplikací a poskytováno profesionální poradenství. Velký počet žen však nemá z důvodu restriktivní legislativy nebo nedostačujících služeb umožněn přístup k bezpečným metodám provedení umělého přerušení těhotenství, což je důvod incidence nebezpečných UPT v těchto oblastech. V souvislosti s touto problematikou se práce zabývá i úrovní prevalence antikoncepce, která je v mnoha oblastech určující ve vývoji umělé potratovosti.

Pokud jde o celosvětové srovnání, je možné analyzovat umělou potratovost několika způsoby. Pro tuto práci bylo vybráno členění zemí do regionů a příslušných subregionů, které vychází z klasifikace Organizace spojených národů (United Nations, UN). S ohledem na dostupná data byla v těchto regionech a subregionech úroveň umělé potratovosti porovnávána za roky 1995, 2003 a 2008 a prevalence antikoncepce byla srovnávána za roky 1995, 2000, 2005 a 2009.

Pro samotnou analýzu byly v práci stanoveny tři hypotézy:

Hypotéza 1: Počet bezpečných i nebezpečných umělých přerušení těhotenství ve sledovaném období celosvětově klesl

Hypotéza 2: Obecná míra umělé potratovosti byla nižší v subregionech s restriktivní legislativou a naopak

Hypotéza 3: Nižší hodnoty obecné míry umělé potratovosti vykazovaly subregiony s vyšší prevalencí antikoncepce

Vzhledem k rozmanitosti a znatelným odlišnostem, které jsou patrné v celosvětovém srovnání umělé potratovosti a prevalence antikoncepce, je práce zaměřena na podání uceleného přehledu o přísnosti světové legislativy týkající se UPT, vládní podpoře antikoncepčních metod a jejich reálném uskutečnění. Cílem je na základě podobností v platné legislativě světových subregionů porovnat zásadní vývojové změny v úrovni umělé potratovosti a s ní související prevalence antikoncepce.

Celá práce je rozdělena do šesti kapitol. První kapitola stručně představuje danou problematiku v časovém i územním vymezení a jsou stanoveny tři hypotézy. V následující teoretické kapitole jsou popsány okolnosti umělého přerušení těhotenství, které jsou ukotveny v zákonech jednotlivých států, a část této kapitoly je věnována zařazení zákonů o UPT do tří celosvětově rozšířených právních systémů, jejichž právní prameny poskytují základ zákonům o UPT v jednotlivých státech. V této kapitole jsou též popsány metody, které jsou využívány k provedení umělého přerušení těhotenství v závislosti na délce těhotenství ženy, jsou diskutovány dva protichůdné přístupy k UPT, na kterých je založena činnost několika organizací a institucí. Poslední část druhé kapitoly je věnována vládní podpoře antikoncepce.

Ve třetí kapitole jsou popsány základní zdroje dat a způsob jejich získávání. Přehled o použitých metodách je podán v kapitole čtvrté. Samotná analýza umělé potratovosti je obsahem páté kapitoly a byla provedena zvlášť za regiony a příslušné subregiony patřící do kategorie s liberálními zákony a restriktivními zákony. Byl hodnocen vývoj obecné míry umělé potratovosti a indexu umělé potratovosti v těchto oblastech. Následně byla zpracována analýza prevalence antikoncepce za jednotlivé subregiony. V závěrečné části této kapitoly je věnován prostor pro zhodnocení souvislosti úrovně umělé potratovosti a prevalence antikoncepce.

V poslední šesté kapitole jsou shrnuty výsledky a závěry vyplývající ze zjištěných údajů.

## Kapitola 2

### Teoretické ukotvení problematiky umělé potratovosti

#### 2.1 Definice a okolnosti umělého přerušení těhotenství

Podle lékařského slovníku je UPT postup předčasného a záměrného ukončení těhotenství, jehož výsledkem je vypuzení plodu z matčina těla pomocí léků, jiných chemických látek, nebo chirurgického zákroku (Shiel, Stoppler, 2008). Omezení týkající se provedení UPT jsou dána v legislativě jednotlivých států. Organizace Spojených národů (United Nations, UN) vymezuje 7 základních důvodů, pro které je provedení UPT povoleno:

1. Záchrana života těhotné ženy;
2. Zachování fyzického zdraví těhotné ženy;
3. Zachování psychického zdraví těhotné ženy;
4. Z násilného nebo incestu;
5. Poškození plodu;
6. Ekonomické nebo sociální důvody;
7. Na žádost těhotné ženy.

Legislativu, která nepovoluje provedení UPT z jiných než prvních pěti uvedených důvodů, které je možné souhrnně pojmenovat jako zdravotní, lze označit jako legislativu restriktivní. V případě povolení UPT z ekonomických nebo sociálních důvodů či na žádost ženy se legislativa považuje za liberální. V souvislosti s tímto rozdělením se liší lékařské normy i bezpečnost prováděných postupů. Pokud je UPT prováděno v rámci liberální legislativy, kvalifikovanými zdravotníky a v řádně vybaveném zdravotnickém zařízení, procedura je obvykle bezpečná. Ovšem vztah mezi legálními a bezpečnými UPT není vždy v přímé závislosti. Pokud nejsou zákony o UPT správně zrealizovány a služby legálních a bezpečných UPT nejsou dostupné všem ženám, některé procedury mohou být provedeny nebezpečnými technikami navzdory povolení UPT na základě široké řady důvodů. Stejně tak, pokud je UPT vykonáváno mimo legislativní rámec, jsou metody provedení tohoto zákroku ve většině případů nebezpečné. WHO definuje nebezpečné UPT jako postup ukončení nechtěného těhotenství, který je proveden jedinci bez potřebných dovedností, nebo v prostředí, které není v souladu s minimálními lékařskými normami, nebo obojí (WHO, 2011). Obecně tedy platí, že pokud je provedení UPT omezeno restriktivními zákony, ženy se často obrátí na poskytovatele, kteří

svými mnohdy nebezpečnými praktikami mohou vážně ohrozit jejich zdraví. Bezpečná UPT jsou dostupná většině žen tam, kde je tento zákrok povolen.

Na základě uvedených důvodů jsou postaveny zákony, nařízení či vyhlášky jednotlivých zemí, které ještě přímo upřesňují okolnosti a požadavky celého zákroku. Země, které patří do skupiny s nejpřísnějšími zákony o UPT, zakazují jeho provedení bez výjimek a to i v případě, že je ohrožen život těhotné ženy. Nicméně interpretace zákonů v mnoha zemích této kategorie povoluje UPT v případě života ohrožujících okolností, na základě zásady nezbytnosti<sup>1</sup> (UN, 2011a). Taková výjimka může být také uznávána v národních normách lékařské etiky. V naprosté většině zemí je ale pro záchranu života matky UPT povoleno. Podle údajů z roku 2009 je z tohoto důvodu povoleno v 97 % zemí (obr. 1). Ve většině zemí je též UPT povoleno, pokud je nutné zachovat fyzické zdraví ženy. Termín fyzické zdraví je definován různými způsoby. Zatímco v některých zemích je stanovena přesná definice a podmínky, které fyzické zdraví ohrožují, v některých je naopak definice velmi všeobecná a v praxi ponechává široký prostor pro výklad tohoto termínu (UN, 2011a). Podobně je to i s definicí duševního zdraví, kterou některé zákony neuvádějí, a není tak jasné, zda pojem zdraví zahrnuje jak fyzické tak duševní. V takových případech jsou za důvod k provedení UPT považovány oba tyto případy. Zákony umožňující UPT z ekonomických nebo sociálních důvodů představují širokou škálu výkladů. Některé zákony výslovně zmiňují ekonomické a sociální podmínky, jako jsou finanční zdroje ženy, její věk, rodinný stav a počet dětí, zatímco jiné je pouze naznačují. Většina zákonů, které umožňují UPT z těchto důvodů jsou interpretovány zcela liberálně a v praxi se příliš neliší od zákonů, které umožňují UPT na žádost ženy (CRR, 2008). V zemích, které umožňují UPT na žádost, není žena povinna argumentovat své důvody. Taková legislativa je platná ve 29 % zemí, jejichž obyvatelstvo tvoří 41 % světové populace.

Některé země, které mohou patřit do jakékoli kategorie popsané dříve, uznávají dva další důvody k provedení UPT. Mnoho z nich, včetně těch s restriktivními zákony, povolují UPT v případě znásilnění nebo incestu (49 % zemí). Některé zákony uvádějí konkrétně tyto situace jako platné důvody, zákony v jiných zemích se vztahují na případy, kdy je těhotenství výsledkem trestného činu bez uvedení jeho povahy. Povolení UPT za takových okolností je nicméně běžné spíše ve vyspělých zemích (UN, 2011a). Dalším platným důvodem je případ, kdy plod trpí vážným postižením, a to i v zemích, kde jsou platné restriktivní zákony. V některých zemích se zákon výslovně neodkazuje na poškození plodu, ale umožňuje UPT z důvodu poškození duševního zdraví ve spojitosti s touto diagnózou (WHO, 2012).

Mnoho zemí s liberální legislativou má určité požadavky, které musí být před zákrokem splněny. Jedním z běžných požadavků je gestační věk plodu, neboli délka těhotenství, do kterého může být UPT provedeno (WHO, 2012). Nicméně výpočet pro délku těhotenství není ve všech zemích jednotný. Ve většině zemí je gestační věk počítán od prvního dne poslední menstruace, v jiných je ale za počátek považován den početí. V zákonech není ale vždy metoda tohoto výpočtu uvedena. Nejčastěji je požadavek maximálního gestačního věku stanoven na 12. týden těhotenství a v případě, že je vyšší, bývají určeny další požadavky. V některých zemích (Belgie, Francie, Spojené království) je UPT povoleno kdykoli během těhotenství,

---

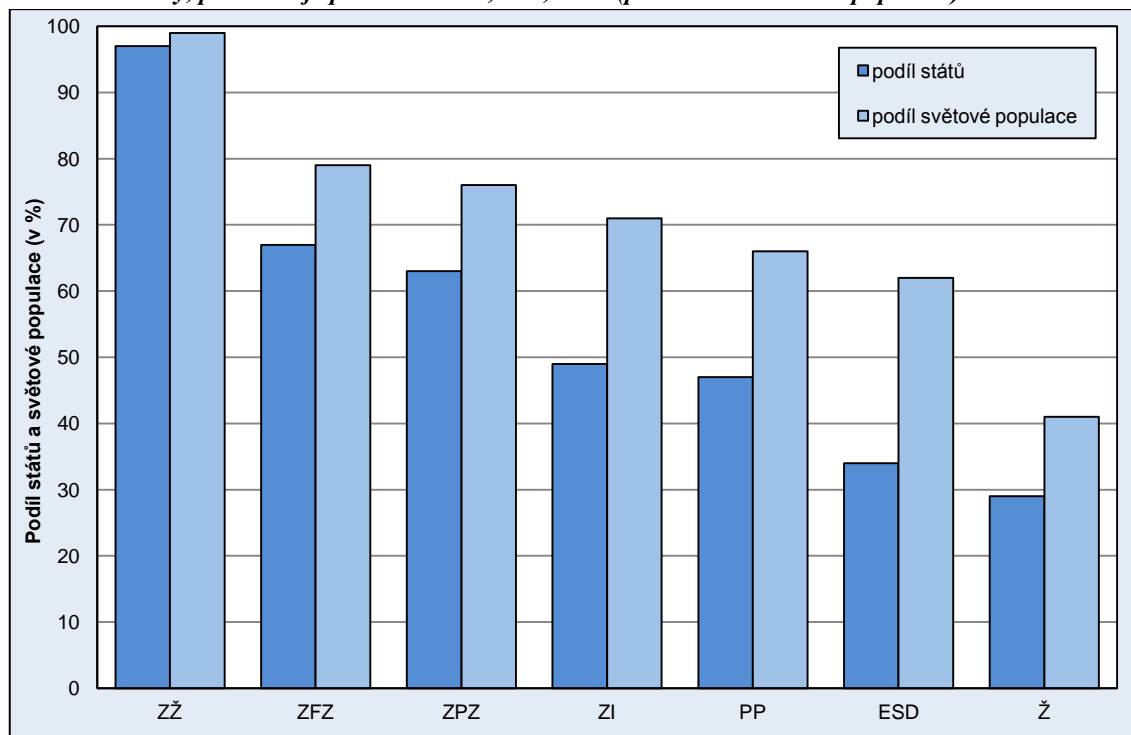
<sup>1</sup> V případě naléhavé situace je povoleno porušit zákon

pokud jde o ochranu života a zdraví těhotné ženy nebo pokud je důvodem poškození plodu (Rahman et al., 1998).

Další podmínkou pro provedení legálního UPT je souhlas další strany. V mnoha zemích nemůže nezletilá dívka podstoupit UPT bez souhlasu jejích rodičů, například v Chorvatsku, Kubě, Dánsku, Norsku, Portugalsku a zejména v islámských státech je potřeba souhlas manžela těhotné ženy (Singh et al., 2009). V jiných státech je potřeba odsouhlasení zákroku jinými lékaři nebo kvalifikovanými profesionály. Potřebná kvalifikace zdravotních pracovníků i specifikace typu zdravotnického zařízení je nedílnou součástí většiny zákonů.

Dalším velice důležitým požadavkem je povinné poradenství, které musí žena podstoupit před samotným provedením UPT. Žena je seznámena s riziky spojenými s podstoupením zákroku, možnostmi a podporou pro vdané i nevdané matky nebo adopcí. Toto poradenství často doplňuje i povinná čekací lhůta, která není ve státech s touto podmínkou stejná. Interval mezi poradenstvím a provedením UPT je v některých státech USA pouze 24 hodin, ale například v Belgii může těhotná žena zákrok podstoupit až šest dní po povinném poradenství (Rahman et al., 1998). Významným faktorem při rozhodování žen o podstoupení UPT je bezpochyby zavedený poplatek. V některých státech je procedura hrazená ze zdravotního pojištění, nicméně pokud jde o UPT z jiných než zdravotních důvodů, je ve většině z nich zákrok zaplacen.

**Obr. 1 – Důvody, pro které je povoleno UPT, svět, 2009 (podíl států a světové populace)**



**Poznámky:** ZŽ – záchrana života, ZFZ – zachování fyzického zdraví, ZPZ – zachování psychického zdraví, ZI – znásilnění nebo incest, PP – poškození plodu, ESD – ekonomické nebo sociální důvody, Ž – na žádost

**Zdroj:** UN (2011a)

## 2.2 Legislativa v rámci právních systémů

Jako většina právních předpisů i zákon o UPT se řídí rozdílnými právními systémy, které jsou založeny na různých zásadách. Rozdíly v právních systémech a v právních zdrojích mají velký vliv na zákony o UPT. Přes smíšenou povahu práva v mnoha zemích však mohou být právní systémy rozčleněny do tří hlavních právních systémů, což z velké části vyplývá z kolonizace rozvojových zemí v období od 16. do 20. století (UN, 2002).

Evropské kontinentální právo, v anglické terminologii „Civil Law“, včetně dříve platného socialistického práva, vychází z principů římského právního systému a stěžejním pramenem práva je napoleonský zákoník přijatý vládou Francie na počátku 19. století. Systém je založen na legislativním shromažďování právních norem v zákonících zahrnující občanské, trestní, rodinného a jiné právo (Knapp, 1996). Soudní rozhodnutí nejsou zdrojem obecně závazných pravidel, ale vztahují se jen k subjektům v konkrétním řízení. V mnoha zemích kontinentálního práva jsou zákony o UPT založeny právě na základě ustanovení francouzského napoleonského zákoníku z roku 1810, podle něhož byla každá osoba potrestána odnětím svobody za opatření UPT těhotné ženy, stejně jako žena samotná v případě obstarání UPT (UN, 2002). Ovšem v případě záchrany života těhotné ženy, bylo provedení UPT chápáno jako nezbytnost a tento důvod byl pak oficiálně ustanoven ve francouzském trestním zákoníku z roku 1939, jehož znění je podstatou zákonů v dalších státech evropského kontinentálního práva (UN, 2002). Zákony dalších zemí jsou založeny na francouzském zákonu o UPT platného od roku 1979, který umožňuje ženě podstoupit UPT na žádost během prvních deseti týdnů těhotenství poté, co se podrobí poradenství a v pozdějším stádiu těhotenství z jiných závažných důvodů (Knoppers et al., 1990). Evropské kontinentální právo tvoří kromě západní kontinentální Evropy základ práva řady dalších států, a to například v Belgii, Francii, Portugalsku, Španělsku a v rozvojových zemích, které dříve patřily pod jejich kontrolu, což jsou země Latinské Ameriky a neanglofonní země subsaharské Afriky. Socialistické právo, právní systém, který má kořeny v kontinentálním právu, byl systém typický pro bývalé komunistické země, z nichž většina svými zákony následovala Sovětský svaz a jeho legalizaci UPT v roce 1955 (David, 1992). Některé země, jako například, Čína, Kuba, Vietnam nebo Korejská lidově demokratická republika, dosud následují a stále udržují socialistické právní systémy, ale přesto i v řadě těchto zemí, se právo odklání od socialistických principů (UN, 2002).

Na rozdíl od evropského kontinentálního práva nemá anglosaské právo svůj původ v zákonících ale v soudním rozhodnutí učiněným soudci, kterým je věnován mnohem větší prostor. Země anglosaského práva, kromě Spojených států, mají zákony o UPT založené na různých anglických zákonech a soudních rozhodnutích (Cook, Dickens, 1979). Některé si vzaly za svůj model zákon přijatý britským parlamentem o zločinech proti lidskosti (Offences Against the Person) z roku 1861, podle něhož bylo zakázáno použít jakékoli prostředky k obstarání UPT buď pro sebe, nebo pro jinou osobu pod trestem odnětí svobody (UN, 2002). Na základě soudního rozhodnutí z roku 1938, které osvobodilo britského lékaře Aleca Bournea, který provedl UPT čtrnáctileté znásilněné dívky, byl vytvořen nový precedent a ve Velké Británii byla UPT povolena pro zachování fyzického i duševního zdraví ženy (Kühn, 1998). Toto soudní rozhodnutí je předlohou pro zákony o UPT v mnoha zemích. Několik zemí

uzákonilo detailní legislativu na základě britského zákona o UPT (British Abortion Act) z roku 1967, který stanovuje specifické indikace procedury, a UPT je kromě zdravotních důvodů povoleno i z ekonomických nebo sociálních důvodů obecně až do dvacátého čtvrtého týdne těhotenství (Cook, Dickens, 1979). Tento právní systém je typický pro Spojené království Velké Británie a Severního Irska a většinu zemí, které bývaly pod jeho koloniální nadvládou, tudíž, Austrálie, Bangladéš, Kanada, Indie, Irsko, Malajsie, Nový Zéland, Pákistán, Singapur, Spojené státy americké, anglofonní země Afriky, Karibiku a Oceánie.

Islámské právo, známé jako Šaría, se v mnoha ohledech liší od kontinentálního i anglosaského práva. Základní rozdíl spočívá v neoddělitelnosti práva od náboženství. Právní ustanovení jsou zcela ztotožněna s Božími příkázáními a jejich přestoupení se tak stává vzpourou proti božskému řádu (Hattstein, 2006). Korán a Sunna, dva primární zdroje islámského práva, konkrétně neřeší UPT a na rozdíl od zemí kontinentálního nebo anglosaského práva neexistuje žádný dokument nebo soudní případ, který by se týkal UPT a sloužil by jako model pro islámské zákony. Navíc, až do nedávné doby, nebyly stanoveny islámské trestní zákony (UN, 2002). Islámské právo přijímá řadu přístupů k UPT, podle toho, která ze škol islámského práva je následována, nicméně všechny školy povolují UPT pro záchranu života matky (Childbirth by Choice Trust, 1995). Trest za UPT podle klasického islámského práva je zaplacení peněžité částky, jejíž výše závisí na stupni těhotenství dosaženého v době UPT (Hessini, 2007).

V praxi většina právních systémů obsahuje prvky více než jednoho modelu a kromě toho byly zákony v mnoha zemích silně ovlivněny právními a kulturními tradicemi. Náboženství hraje důležitou roli ve formování právních předpisů v řadě zemí, zejména zákony týkající se manželství, rodinných vztahů a dětí. Zvykové právo hraje významnou roli v mnoha rozvojových zemích Afriky a Oceánie, kde je mnoho zákonů zabývajících se osobními vztahy založeno na tradicích různých etnických skupin. S velkými obtížemi se tak potýkaly rozvojové země, které v době jejich osvobození od koloniálních mocností čelily problému sjednocení nábožensky založeného práva a zvykového práva s právními systémy zavedenými vyspělými státy. Některé země si zachovávají náboženské a zvykové právo v oblasti osobních vztahů a zároveň koloniemi založené právo v jiných oblastech života. Některé, včetně Turecka a Japonska, téměř zcela přijaly západní modely podobné těm ve Francii, Německu a Švýcarsku (UN, 2002).

Při výkladu konkrétních důvodů pro provedení UPT v rámci těchto tří právních systémů vznikají při srovnání určité nejasnosti. V mnoha zemích jsou podmínky a důvody pro podstoupení UPT zakotveny přímo v daných zákonech, ale v některých zemích se zákony konkrétně o těchto důvodech nezmiňují a jsou odvozeny ze zásad trestního práva (Kühn, 1998). To je případ mnoha zemí, jejichž zákony neuvádějí povolení UPT z důvodu záchranu života matky, nicméně na základě zásady nezbytnosti je možno v takovém případě zákrok provést. Ovšem lékař, který provede zákrok pouze na základě zásad trestního práva, čelí možnému stíhání, jelikož nejednal v souladu se zákonem a není schopen poukázat na konkrétní právní předpis. Rozhodnutí o procesu je potom věcí soudu (UN, 2002).

## 2.3 Metody umělého přerušení těhotenství

Bylo prokázáno, že umělé přerušení těhotenství bylo praktikováno téměř ve všech lidských společnostech již v dávné minulosti a používané praktiky si byly v mnoha společnostech velmi podobné (Childbirth by Choice Trust, 1995). Takové praktiky se datují do starověkého Egypta, kde měli lékaři své metody a recepty pro způsobení přerušení těhotenství a Řekové považovali interrupce za nedílnou součást udržení stabilní populace a sociálních a ekonomických podmínek (David, 1992). Používány byly ostré nástroje, běžně látky rostlinného původu ale i nejrůznější chemické látky, které často ohrožovaly život samotné matky.

V současnosti existují bezpečné a efektivní metody UPT. Nejvhodnější metody umělého přerušení těhotenství se liší v závislosti na gestačním věku plodu. Zákrok lze provést chirurgicky nebo pomocí chemických metod. Mezi chemické látky vhodné pro přerušení těhotenství patří Mifepriston<sup>2</sup> a Misoprostol<sup>3</sup>, které jsou bezpečné a účinné během prvních devíti týdnů těhotenství a výrazně redukuje medicínské komplikace (WHO, 2006). Ovšem i některé státy s liberální legislativou o UPT tuto metodu nepovolují. Z chirurgických zákroků je během prvního trimestru těhotenství nejběžněji používaná vakuová aspirace<sup>4</sup>, což je nejefektivnější metoda přerušení těhotenství do dvanáctého týdne. Ovšem vakuová aspirace je v některých zemích považována pouze za regulaci menstruace, a zatímco v některých zemích je podmínkou pro takový zákrok zjištění těhotenství, ve většině jiných zemí je regulace menstruace ambulantně prováděna, aniž by se zjišťovalo, zda je žena těhotná (ČSÚ, 2004). Regulace menstruace proto není ve většině zemí považována za přerušení těhotenství, a to ani u těhotných žen a při porovnávání počtu UPT je důležité mít tento fakt na zřeteli. V některých případech se v prvním trimestru též využívá metoda kyretáže<sup>5</sup>, nicméně použití této metody klesá ve prospěch vakuové aspirace, která je bezpečnější a méně traumatizující (WHO, 2012). Kyretáž je k ukončení těhotenství využívána i v pozdějším stádiu těhotenství, ale ve druhém trimestru je již interrupce poměrně závažným zásahem do ženského organismu a metody využívané k tomuto zákroku se pojí s vyšším rizikem výskytu komplikací (Kučera, 2011).

## 2.4 Názorové proudy a teorie

Problematika úrovně umělé potratovosti a příslušné legislativy přesahuje rámec demografie a často se stává sociálním či politickým problémem (Kalibová, 1997). V rámci celého světa se téma UPT stalo značně kontroverzní a otázky týkající se počátku lidského života jsou předmětem sporů dvou protichůdných přístupů, a to „pro-choice“ a „pro-life“. I v rámci jednotlivých přístupů existují skupiny, které se svými názory navzájem odlišují, nicméně zásadní stanovisko je u obou přístupů evidentní.

Skupiny zastávající argumenty hnutí „pro-choice“, neboli „pro volbu“, se shodují na tom, že plod se stává dítětem až po porodu a za lidskou bytost nelze považovat embryo neschopné

<sup>2</sup> Lék, který blokuje účinek progesteronu v těle, též nazýván RU 486

<sup>3</sup> Lék způsobující kontrakce dělohy

<sup>4</sup> Vyprázdnění obsahu dělohy pomocí kanyly připojené k vakuovému zdroji

<sup>5</sup> Částečné odstranění děložní sliznice pomocí kyrety



samostatného života mimo tělo matky. Společným argumentem těchto organizací je i skutečnost, že žena by měla mít právo rozhodovat o svém životě a těle, tudíž i o podstoupení UPT (Alcorn, 2000). Poukazují na význam preventivních metod a upozorňují na negativní důsledky zákazu interrupcí. Příkladem mezinárodní organizace, která zastává přístup pro-choice je Mezinárodní federace pro plánování rodičovství (International Planned Parenthood, IPPF), která usiluje o zlepšení kvality reprodukčního a sexuálního zdraví zejména v chudých oblastech a podporuje právo žen rozhodovat se o počtu dětí, jejich načasování a též zdůrazňuje nezbytnost přístupu ke službám UPT a metodám antikoncepce (IPPF, 1996). Další organizace, která realizuje své cíle v souladu s přístupem „pro-choice“ je Centrum pro reprodukční práva (Center for Reproductive Rights, CRR). Cílem této organizace je zavést a posílit liberální legislativu a politiku týkající se UPT v zemích, kde ženám není umožněn přístup k potřebným službám a zajistit jim tak svobodné rozhodnutí o tom, zda a kdy budou mít děti, přístup k nejlepší zdravotnické péči a možnost uplatňovat své volby bez nátlaku (CRR, 2013).

Skupiny či organizace zastávající hnutí „pro-life“ považují plod za samostatnou lidskou bytost od okamžiku početí, tudíž záměrné usmrcení plodu je považováno za vraždu. Největší „pro-life“ organizací na světě, která je pod záštitou katolické církve, je Human Life International, která se ostře vymezuje proti UPT i antikoncepci a prosazuje práva a důstojnost každé lidské bytosti od početí až do okamžiku přirozené smrti. Katolická církev zpočátku vycházela z tezí filozofa Tomáše Akvinského o tzv. opožděné animaci, podle níž je zárodek za lidskou bytost považován několik týdnů až měsíců po početí, v závislosti na pohlaví plodu. Později byla tato teze zpochybněna a v roce 1869 papež Pius IX. oficiálně změnil veškeré rozdíly mezi vyvinutým a nevyvinutým plodem a tím se umělé přerušení těhotenství v jakémkoli stádiu stalo vraždou (David 1992). Ve 20. století se legislativa týkající se UPT začala liberalizovat, nicméně v některých státech (Polsko, Irsko) je stále vliv katolické církve na postoj k UPT zřejmý. Kromě UPT protestuje katolická církev také proti antikoncepci a jakákoliv další podobná ovlivňování procesu reprodukce člověkem považuje za nepřijatelná. Známé jsou i případy, kdy křesťanské skupiny používají v boji proti UPT násilné metody. Protipotratový terorismus byl zaznamenán především v USA, Kanadě nebo v Austrálii, kde extremisté páchají násilí na poskytovatelích UPT a klinikách nebo jej aktivně podporují (Jež, 2003). Jeden z nejznámějších případů se odehrál v americkém Kansasu, kde byl v roce 2009 na bohoslužbě zastřelen extremistou hnutí „pro-life“ lékař kliniky, která poskytovala provedení pozdních interrupcí (Abcarian, Riccardi, 2009).

Předmětem sporů dvou základních přístupů k interrupcím je též dopad tohoto zákroku na zdraví ženy a její psychiku. Odpůrci UPT k odrazování od zákroku zdůrazňují možné fyzické následky i postinterrupční syndrom, který se může projevit po prodělané proceduře z důvodu lítosti, nedostatečné komunikace s partnerem, strachu z všeobecného mínění apod. Zastánci interrupcí naopak popírají významnou roli těchto postinterrupčních problémů.

## 2.5 Vládní podpora antikoncepce

Důležitým faktorem, který ovlivňuje reprodukční chování a tedy i úroveň umělé potratovosti, je vládní politika poskytující přístup k antikoncepčním metodám. Prostřednictvím služeb plánovaného

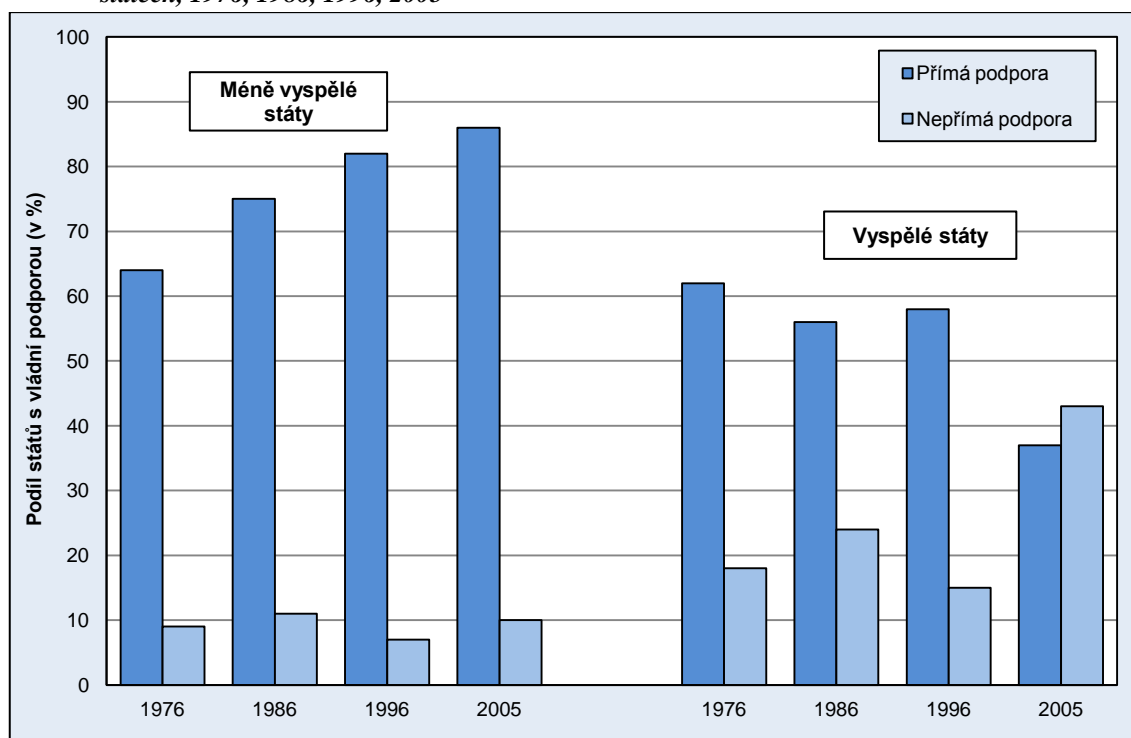
rodičovství lze získat přístup k moderním metodám antikoncepce, které jsou obvykle účinnější v prevenci těhotenství než metody tradiční. Mezi moderní metody antikoncepce patří mužská a ženská sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody (poševní pesar, spermicidní pěny, krémy, gely), ženský kondom a nouzová antikoncepční pilulka (UN, 2011b). Tradiční metody jsou takové, které mohou být využívány bez služeb plánovaného rodičovství. Patří mezi ně zejména periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení<sup>6</sup>, metoda laktační amenorey<sup>7</sup> a lidové metody jako jsou bylinky, amulety atd. (UN, 2011b).

Vládní podpora antikoncepce může být zajištěna přímo nebo nepřímo. Přímá vládní podpora zahrnuje poskytování služeb plánovaného rodičovství prostřednictvím vládních zařízení, jako jsou nemocnice, kliniky, zdravotnická centra a prostřednictvím terénních pracovníků. Nepřímou podporu vláda poskytuje dotováním provozních nákladů organizací podporujících plánování rodičovství a může mít několik forem, včetně přímých dotací nebo daňových úlev (UN, 2006). Během posledních 40 let téměř všechny země posunuly svou politiku k podpoře plánovaného rodičovství a ve prospěch zvýšení přímé nebo nepřímé podpory antikoncepce, dokonce včetně zemí s dříve pronatalistickou politikou (UN, 2010). V méně vyspělých zemích došlo k nárůstu přímé vládní podpory, naopak v zemích vyspělých se od přímé podpory antikoncepce postupně přecházelo k té nepřímé (obr. 2). V současnosti je vládní podpora antikoncepčních metod a plánování rodičovství běžná ve většině zemí. V roce 2005 92 % všech zemí podporovalo programy plánovaného rodičovství a přístup k antikoncepci buď přímo (74 %), a to prostřednictvím vládních zařízení, nebo nepřímo (18 %) prostřednictvím podpory aktivit nevládních organizací. Nicméně i přes zvyšování vládní podpory antikoncepčních metod od 70. let 20. století je nabídka těchto služeb v mnoha oblastech světa nedostačující. Přijetí podporující vládní politiky je pouze první krok k zajištění úspěchu programů plánovaného rodičovství. Dalším nezbytným krokem je samotná realizace programů a přísun dostačujících finančních prostředků (UN, 2002). Existují i další faktory, které výrazně ovlivňují dostupnost těchto služeb, mezi které patří i kvalita péče, tradiční kulturní postoje k plánování rodiny, stav zdravotní infrastruktury nebo občanské konflikty.

<sup>6</sup> V důsledku potlačení ovulace je kojení spojeno se sníženou plodností a je považováno za jednu z metod antikoncepce, obvykle je ovšem označováno jako metoda laktační amenorey.

<sup>7</sup> Pro spolehlivost této metody je třeba splnit tři kritéria: 1. plné nebo téměř plné kojení, 2. žena nemá menstruaci, 3. dítě je mladší než 6 měsíců.

**Obr. 2 – Vládní podpora týkající se přístupu k antikoncepčním metodám ve vyspělých a méně vyspělých státech, 1976, 1986, 1996, 2005**



**Poznámka:** Za vyspělé oblasti se považují státy Evropy, Severní Amerika, Austrálie, Nový Zéland a Japonsko, ostatní jsou považovány za méně vyspělé; *přímá podpora*: poskytování služeb plánovaného rodičovství ve vládních zařízeních, *nepřímá podpora*: vládní dotace organizací podporujících plánování rodičovství

**Zdroj:** UN (2006)

## Kapitola 3

### Zdroje dat a jejich specifika

Zjišťování počtu provedených UPT v jednotlivých územních celcích a následné celosvětové srovnání je velice náročný proces provázený mnoha překážkami nejen při získávání dat a údajů, které jsou často nedostatečné, ale i při jejich vyhodnocování. Zejména v zemích, kde není UPT legální, jsou k dispozici pouze odhady provedených UPT, a proto je nutné brát v úvahu možné nepřesnosti při vyhodnocování a vytváření závěrů. V jednotlivých zemích je přístup těhotných žen k UPT závislý na legislativním rámci, který určuje podmínky, za jakých je možné proceduru podstoupit. Přísnost zákonů tak následně ovlivňuje incidenci nebezpečných UPT, jejichž výskyt je tak častější v rozvojových zemích.

Existuje několik studií, které se zabývají vývojem umělé potratovosti ve všech světových regionech a subregionech. Autoři těchto studií shromažďují data z publikovaných odhadů, nemocničních záznamů a oficiálních statistik a šetření (WHO, 2011, Sedgh et al., 2007b). Dokumenty podobného typu jsou zpracovány za roky 1995, 2003 a 2008. Analýzu celosvětové umělé potratovosti v letech 1995 a 2003 zpracoval například americký Guttmacher Institut. V publikaci jsou zpracovány nejen informace o počtu bezpečných a nebezpečných UPT, ale i obecné míry umělé potratovosti, míry ukončených těhotenství a v neposlední řadě i přehled světové legislativy (Singh et al., 2009).

Na jednom z mála dokumentů, který zachycuje situaci umělé potratovosti na celém světě za všechny tři kalendářní roky, za které jsou data k dispozici, spolupracovali autoři z Guttmacher Institutu a WHO. V publikaci jsou zpracovány počty bezpečných a nebezpečných UPT, obecné míry umělé potratovosti a podíl těhotenství, která skončila interrupcí za roky 1995, 2003 a 2008. Index umělé potratovosti je publikován za rok 2008 (Sedgh et al., 2012). Tyto dvě studie jsou páteřním zdrojem předkládané práce. Ostatní dokumenty sloužily jako doplnění informací a ke kontrole údajů.

Databáze, která zahrnuje údaje jak za bezpečná, tak za nebezpečná UPT, je k dispozici na internetových stránkách Guttmacher Institutu a obsahuje data týkající se UPT za rok 2008. Kromě údajů o počtu a obecných mírách nebezpečných i bezpečných UPT zahrnuje i údaje o mírách ukončených těhotenství. Hodnoty jsou k dispozici za světové regiony a subregiony. Za jednotlivé země zde najdeme data například za prevalenci užívání antikoncepce.

Údaje za Austrálii a Nový Zéland, země, které jako jediné nebyly analyzovány v rámci subregionu ale samostatně, byly získány ze studií o bezpečných UPT (Henshaw et al., 1999, Sedgh et al., 2007b, Sedgh et al., 2011).

Pro výpočet obecných měr umělé potratovosti byla data za populaci žen ve věku 15–44 v pětiletých věkových skupinách získána z databáze poskytované Populační divizí Spojených národů (United Nation Population Division), kde jsou údaje o počtu obyvatel podle světových regionů a subregionů dostupné od roku 1950 (UN, 2011c). Výpočtem tohoto ukazatele byly ovšem zjištěny určité rozdíly oproti hodnotám obecné míry umělé potratovosti ve zmíněných studiích. Vzhledem k přesnějším údajům, které měli autoři k dispozici, byly k následnému zpracování v rámci analýzy zvoleny tyto kvalitnější odhady. Kvůli nedostupnosti dat za živě narozené dle vybraného třídění byly použity i vypočítané hodnoty indexu umělé potratovosti s výjimkou Austrálie a Nového Zélandu, za které byly hodnoty indexu umělé potratovosti vypočteny na základě dat za živě narozené, které poskytuje Demografická ročenka Spojených národů (Demographic Yearbook).

## 2.1 Nebezpečná umělá přerušení těhotenství

Sestavování studií o nebezpečných UPT je činnost speciálního programu WHO. Dokument, který poskytuje globální a regionální odhady počtu nebezpečných UPT a související úmrtnosti, vydala WHO za roky 2003 a 2008 a nyní je k dispozici již šesté vydání (WHO, 2011). Tento dokument slouží jako primární zdroj počtu nebezpečných UPT pro ostatní studie zabývající se touto problematikou. Nedostatek údajů je k dispozici především v případě zemí, kde je UPT buď zcela nelegální, nebo je z různých důvodů obtížné proceduru podstoupit. Za takových okolností nebývají případy o provedení UPT oficiálně hlášeny a počet nebezpečných UPT musí být proto odhadován z informací, které jsou získávány z nemocničních záznamů, nejrozličnějších šetření a výzkumných studií zaměřených na poskytovatele UPT. Pro co nejkvalitnější odhady bylo v rámci speciálního programu WHO systematicky prověřeno tisíce dokumentů a současné přezkoumání přineslo stovky referencí a nových údajů. Pro tyto odhady mělo největší přínos, i přes časovou náročnost, hledání na internetových stránkách ministerstev zdravotnictví a podobných institucí, které pomohlo získat nové cenné údaje (WHO, 2011).

Odhady byly autory vytvořeny nejprve za jednotlivé země a potom byly seskupeny podle regionů a následně celosvětově. Odhady počtu nebezpečných UPT z roku 1995 byly publikovány autory z Guttmacher Institutu v dokumentu, který se soustředil i na sběr údajů o počtu bezpečných UPT (Henshaw et al., 1999). Součástí jsou údaje o počtu UPT, obecné míry umělé potratovosti a indexy umělé potratovosti za světové regiony a subregiony v roce 1995.

## 2.2 Bezpečná umělá přerušení těhotenství

Jedním ze zdrojů, ze kterého čerpají souhrnné studie údaje za bezpečná UPT, je analýza výskytu a trendů legálních UPT publikovaná autory z Guttmacher Institutu. První článek, který prezentuje postup a výsledky této analýzy, srovnává počty legálních UPT a míry obecné umělé

potratovosti v letech 1996 a 2003 v zemích jednotlivých subregionů a vyšel v americkém časopise *International Family Planning* (Sedgh et al., 2007b). Součástí jsou i vypočítané obecné míry umělé potratovosti za oba roky a index umělé potratovosti za rok 2003. O čtyři roky později byla stejnými autory publikovaná podobná analýza za rok 2008 (Sedgh et al., 2011). Oba tyto články navazovaly na analýzu UPT publikovanou v roce 1995. V těchto publikacích bylo pro sběr údajů o bezpečných UPT využito několik zdrojů. Většina statistických údajů byla získána z národních statistických úřadů nebo vládních agentur. V zemích, kde byl nedostatek takových dat, byly do vládních agentur zaslány formální dotazy. Pro několik zemí byly údaje o bezpečných UPT získány z mezinárodní organizace Council of Europe nebo z WHO a pro země, jejichž oficiální statistiky byly neúplné nebo nedostupné, byla data získávána z národních populačních šetření (Sedgh et al., 2007b).

### 2.3 Prevalence antikoncepce

Databáze poskytující údaje o prevalenci antikoncepce v jednotlivých územních celcích je poskytována Populační divizí Spojených národů (United Nations Population Division) již od roku 1980 po pětiletých intervalech do roku 2009 (UN, 2011b). K dispozici jsou data jak za světové regiony a subregiony, tak za jednotlivé země, u kterých ovšem nejsou data sjednocena po pětiletých intervalech, ale jsou uvedena za dostupné roky. Údaje jsou tříděny podle metod antikoncepce a jsou tak dostupné za moderní<sup>8</sup> i tradiční<sup>9</sup> metody. Metody mužské antikoncepce jsou též uváděny podle jednotlivých zemí.

Ukazatel je sestaven na základě národních reprezentativních průzkumů, jejichž součástí jsou otázky týkající se současného užívání antikoncepce. Mezi průzkumy, které běžně obsahují tyto informace, patří např. demografické a zdravotní průzkumy, průzkumy reprodukčního zdraví, plodnosti apod. V průměru jsou průzkumy prováděné za tři až pět let (UN, 2011b).

---

<sup>8</sup> Sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka

<sup>9</sup> Periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktační amenorey, lidové metody

## Kapitola 4

### Metodika

Nejjednodušším ukazatelem úrovně umělé potratovosti je hrubá míra umělé potratovosti, definovaná jako počet všech UPT na 1000 obyvatel středního stavu. Tento ukazatel není vhodný k hlubší analýze umělé potratovosti, vzhledem k tomu, že jen malá část populace může UPT podstoupit (Pavlík, 1986). Obecná míra umělé potratovosti vyjadřuje počet UPT připadajících na 1000 žen středního stavu ve věku 15–44 a byla zvolena jako hlavní ukazatel pro vyjádření úrovně umělé potratovosti. Analýza zabývající se věkově specifickými mírami umělé potratovosti nemohla být provedena z důvodu nedostatku dat.

$$po^u = \frac{A^u}{P_{15-44}^z} * 1000$$

$po^u$  ..... obecná míra umělé potratovosti

$A^u$  ..... počet UPT

$P_{15-44}^z$  ..... střední stav žen ve věku 15-44

Index umělé potratovosti, který byl zvolen jako doplňující ukazatel, zhodnocuje proces umělé potratovosti ve vztahu k počtu narozených. Vyjadřuje počet UPT připadajících na 100 živě narozených dětí v kalendářním roce.

$$ipo^u = \frac{A^u}{N^v} * 100$$

$ipo^u$  ..... index umělé potratovosti

$A^u$  ..... počet UPT

$N^v$  ..... počet živě narozených

V souvislosti s umělou potratovostí byla analyzována i prevalence antikoncepce, která udává procento žen, které v současné době používají nebo jejichž sexuální partner v současné době používá alespoň jednu z metod antikoncepce. Tyto údaje jsou k dispozici za ženy ve věku 15–49 let, které jsou vdané nebo žijí v kohabitaci (UN, 2011b).

Pro zhodnocení vztahu úrovně umělé potratovosti, prevalence antikoncepce a přísnosti potratové legislativy ve zkoumaných subregionech byly v analýze použity dvě statistické metody, které byly zpracovány pomocí statistického programu SPSS. Shluková analýza umožňuje rozdělení objektů do určitého systému kategorií, který zachycuje na jedné straně podobnost objektů patřících do stejné kategorie a na druhé straně nepodobnost objektů patřících do kategorií různých (Hendl, 2006). Shluková analýza byla v tomto případě použita s cílem vytvořit několik skupin subregionů dle jejich úrovně umělé potratovosti a antikoncepční prevalence. Vzhledem k tomu, že je nutné použít bezrozměrná čísla, byla vstupní data převedena do standardizovaného tvaru, na tzv. z-skóry. Jako nejvhodnější míra vzdálenosti byla vybrána čtvereční Euklidovská vzdálenost a pro seskupování metoda průměrné vzdálenosti mezi skupinami. Pro ověření závislosti, respektive slabé závislosti, mezi úrovní umělé potratovosti a přísností legislativy, byla zvolena korelační analýza. Vzhledem k tomu, že jedna z proměnných je binární, byl pro výpočet závislosti zvolen biseriální korelační koeficient, který měří právě vztah mezi binární a spojitou proměnnou.

$$r_{bis} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_0}{S} * \sqrt{\frac{n_0 * n_1}{n * (n - 1)}}$$

$r_{bis}$	.....	biseriální korelační koeficient
$\bar{X}_1$	.....	průměrná hodnota sledovaného jevu ve výběru 0
$\bar{X}_0$	.....	průměrná hodnota sledovaného jevu ve výběru 1
S	.....	směrodatná odchylka
$n_0$	.....	počet jednotek v daném výběru
$n_1$	.....	počet jednotek v daném výběru



## Kapitola 5

### Analýza

Získávání údajů a informací o úrovni umělé potratovosti a následná analýza těchto dat je důležitým krokem k postihnutí problematiky spojené s touto nedílnou součástí reprodukčních práv žen. Nejenom že kvalitní odhady úrovně umělé potratovosti mohou zvýšit politický zájem o právní postavení UPT, ale také ukazují, do jaké míry dochází k nechtěným těhotenstvím. Na základě těchto informací je možné zlepšit poskytování moderních antikoncepčních služeb (Warriner, Shah, 2006). Průzkumy v různých částech jak vyspělého, tak méně vyspělého světa, sběr dat a konstrukce ukazatelů umělé potratovosti jsou stěžejní pro porozumění právům žen a jejich zdraví v odlišných světových oblastech a zásadní pro splnění jednoho z osmi Rozvojových cílů tisíciletí<sup>10</sup> (Millenium Development Goals).

Úroveň umělé potratovosti je ovlivňována nejen legislativním ustanovením jednotlivých států a dostupností a podporou moderních antikoncepčních metod, ale i společenským prostředím nebo individuálními vlivy, jako je ekonomická situace nebo náboženské přesvědčení. V jednotlivých státech může působit více faktorů, které ovlivňují celkovou úroveň umělé potratovosti, ale legislativní rámec a dostupnost moderní antikoncepce jsou pro úroveň umělé potratovosti klíčové.

V rámci této analýzy, která byla zpracována za roky 1995, 2003 a 2008, byly regiony s odpovídajícími subregiony rozděleny do dvou skupin podle přísnosti zákonů o UPT. Regiony, kde platí restriktivní legislativa o UPT tvoří první skupinu. Do druhé kategorie patří regiony, které zahrnují země s liberálními zákony o UPT. Ne vždy všechny státy v daných subregionech bezvýhradně splňují toto rozdělení, nicméně v celkovém pohledu jsou tyto kategorie nejvhodnější volbou pro analýzu umělé potratovosti v celosvětovém měřítku.

V celosvětovém měřítku klesl počet UPT mezi lety 1995 a 2008 ze 45,6 milionů na 43,8 milionů. K tomuto poklesu přispělo v převážné míře snížení počtu bezpečných UPT ve vyspělých zemích. Obecná míra bezpečné umělé potratovosti klesla v tomto období z 20 na 14 %. Naopak počet nebezpečných UPT se v tomto období zvýšil z 19,9 milionů na

---

<sup>10</sup> V roce 2000 se členské státy OSN zavázaly ke splnění osmi konkrétních rozvojových cílů, které se zabývají otázkami snížení extrémní chudoby, zavedení školní docházky pro všechny děti a zastavení šíření infekčních nemocí. Cílovým rokem naplnění je rok 2015.

21,6 milionů. Celosvětový pokles obecné míry nebezpečné umělé potratovosti z 15 na 14 ‰ nebyl tedy zapříčiněn poklesem nebezpečných UPT, ale byl důsledkem populačního růstu.

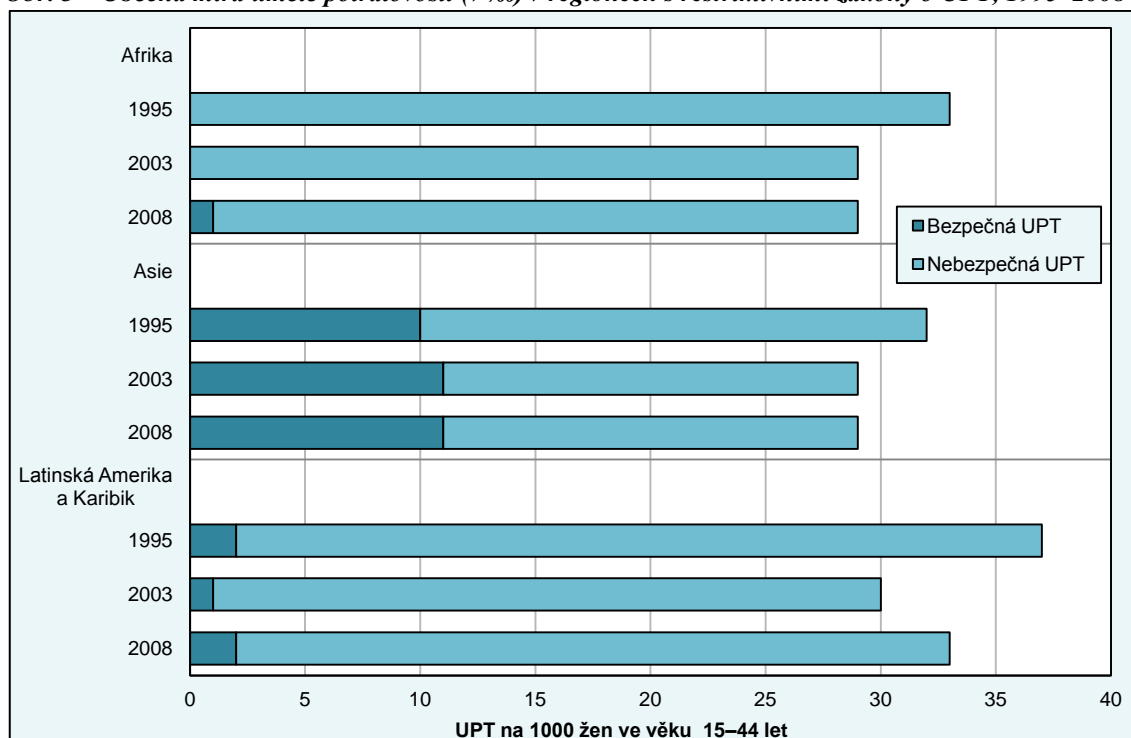
## 5.1 Umělá potratovost a restriktivní zákony

Restriktivní legislativa je typická spíše pro méně vyspělé země a je spojena s větším výskytem nebezpečných UPT. Ženy žijící v zemích, kde jsou zákony o UPT omezeny, mají nekvalitní nebo vůbec žádný přístup k bezpečným metodám UPT. Vyhledávají tak nekvalifikované osoby, které UPT provádějí nebezpečnými technikami často v nehygienických podmínkách, nebo se pokoušejí o UPT samy. To může mít za následek vážné zdravotní komplikace a v mnoha případech i smrtelné následky. Ženy se ne vždy s komplikacemi vyvolanými nebezpečným UPT obrátí na zdravotnická zařízení ze strachu, že budou za porušení zákona potrestány. V několika zemích, kde platí restriktivní zákony, je podstoupení UPT trestný čin a ženy, které UPT podstoupí i poskytovatelé, kteří zákrok provedou, čelí trestnému stíhání a následnému uvěznění (Grimes et al., 2006).

Mezi světové regiony, kde platí restriktivní zákony o UPT, patří Afrika, Latinská Amerika a Karibik a Asie, ovšem mimo subregion východní Asie, kde platí liberálnější potratové zákony. Všechny tyto regiony, kde jsou UPT nelegální, se vyznačují vysokou obecnou mírou umělé potratovosti a převažujícím podílem nebezpečných UPT (obr. 3). V Africe, kde je naprostá většina UPT nelegálních a nebezpečných, se obecná míra umělé potratovosti snížila mezi roky 1995 a 2003 z 33 ‰ na 29 ‰. Ovšem v roce 2008 se oproti přecházejícímu roku nezměnila, jen se na ní minimálně podílela i bezpečná UPT, částečně i díky přístupu k bezpečným metodám UPT v severní a jižní Africe (WHO, 2011).

Úroveň obecné míry umělé potratovosti v Asii (mimo východní Asii) je obdobná jako v Africe, s tím rozdílem, že obecná míra bezpečné umělé potratovosti se na celkové obecné míře v letech 2003 a 2008 podílí více jak třetinově (11 bezpečných UPT na 1000 žen ve věku 15–44). V analyzovaném období se počet bezpečných i nebezpečných UPT výrazně nesnižoval a celková obecná míra umělé potratovosti se proto snížila jen málo mezi lety 1995 a 2003 (z 32 ‰ na 29 ‰) a zůstala stejná mezi lety 2003 a 2008.

Nejvyšší obecná míra umělé potratovosti ze všech regionů s restriktivními zákony o UPT byla mezi lety 1995 a 2008 v Latinské Americe a Karibiku. V roce 1995 dosahovala až 37 ‰. Bezpečná UPT jsou v tomto regionu spíše ojedinělá a jejich podíl se v daném období dokonce mírně snižuje. V porovnání s ostatními regiony, došlo sice mezi roky 1995 a 2003 k největšímu poklesu obecné míry umělé potratovosti, ale díky nově získaným údajům za nebezpečná UPT, došlo v roce 2008 opět k nárůstu hodnot tohoto ukazatele.

**Obr. 3 – Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v regionech s restriktivními zákony o UPT, 1995–2008**

**Poznámka:** Asie nezahrnuje subregion východní Asie

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

### 5.1.1 Afrika

Pro jednotlivé africké subregiony jsou úroveň a vývoj obecné míry umělé potratovosti rozdílné a rozpětí napříč těmito regiony je značné (obr. 4). V roce 2008 se míra obecné umělé potratovosti pohybovala od 15 (jižní Afrika) do 38 (východní Afrika) UPT na 1000 žen ve věku 15–44. Vzhledem k tomu, že v roce 2008 žilo v Africe 92 % žen pod restriktivními zákony o UPT, až na určité výjimky v některých státech, dominují nebezpečná UPT (Guttmacher Institute, 2012).

Ve východní Africe je i přes mírný pokles obecné míry umělé potratovosti, ze 41 na 38 ‰, v průběhu daného období tato míra nejvyšší ze všech afrických subregionů. V roce 2008 se na celkovém počtu UPT minimálně podílela i ta bezpečná. Jediná země této části afrického kontinentu, jejíž legislativa je liberální, je Zambie, kde je od roku 1972 UPT povoleno na základě ekonomických nebo sociálních důvodů (Singh et al., 2009). Nicméně jen málo žen, které o UPT usilují je schopno splnit požadavky, které jsou k provedení v Zambii nezbytné, neboť zákrok musí provést lékař v nemocnici se souhlasem tří registrovaných lékařů (Guttmacher Institute, 2009). Ženy, které nepřekonají překážky spojené s provedením legálního UPT, se uchýlí k vyhledání poskytovatele, jehož nebezpečné techniky mohou ženám silně poškodit jejich zdraví.

Velký pokles obecné míry umělé potratovosti mezi roky 1995 a 2003 byl zaznamenán v západní Africe (z 37 na 28 ‰), ovšem mezi lety 2003 a 2008 se míra nezměnila a to i přesto, že počet nebezpečných UPT byl v roce 2008 vyšší. Tato skutečnost je dána větším počtem žen v reprodukčním věku v tomto roce. Jediný stát této oblasti s liberální legislativou jsou Kapverdy, kde je UPT legální na žádost ženy od roku 1986. Zdravotnické služby v Kapverdách

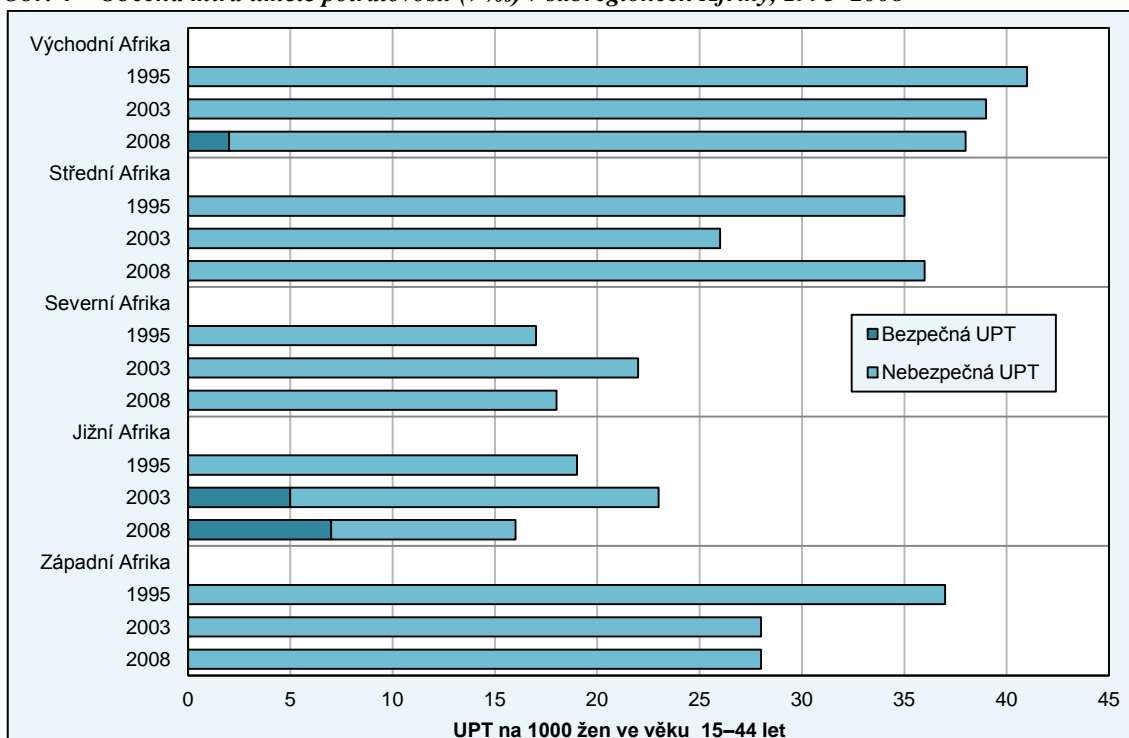
jsou kvalitnější než v ostatních zemích subregionu a také služby plánovaného rodičovství jsou k dispozici v rámci vládního programu (UN, 2001a).

Kolísání obecné míry umělé potratovosti ve střední Africe od roku 1995 odráží rozdíly v kvalitě dostupných údajů (Sedgh et al., 2012). V roce 2008 byla obecná míra umělé potratovosti nejvyšší díky přesnějším odhadům, které tyto nové údaje umožňují sestavit. Většina států střední Afriky oficiálně nepovoluje UPT ani z důvodu záchrany života matky, nicméně obecné principy trestního práva často povolují v případě nutnosti UPT provést, ačkoli zákon žádné výjimky neobsahuje (UN, 2001).

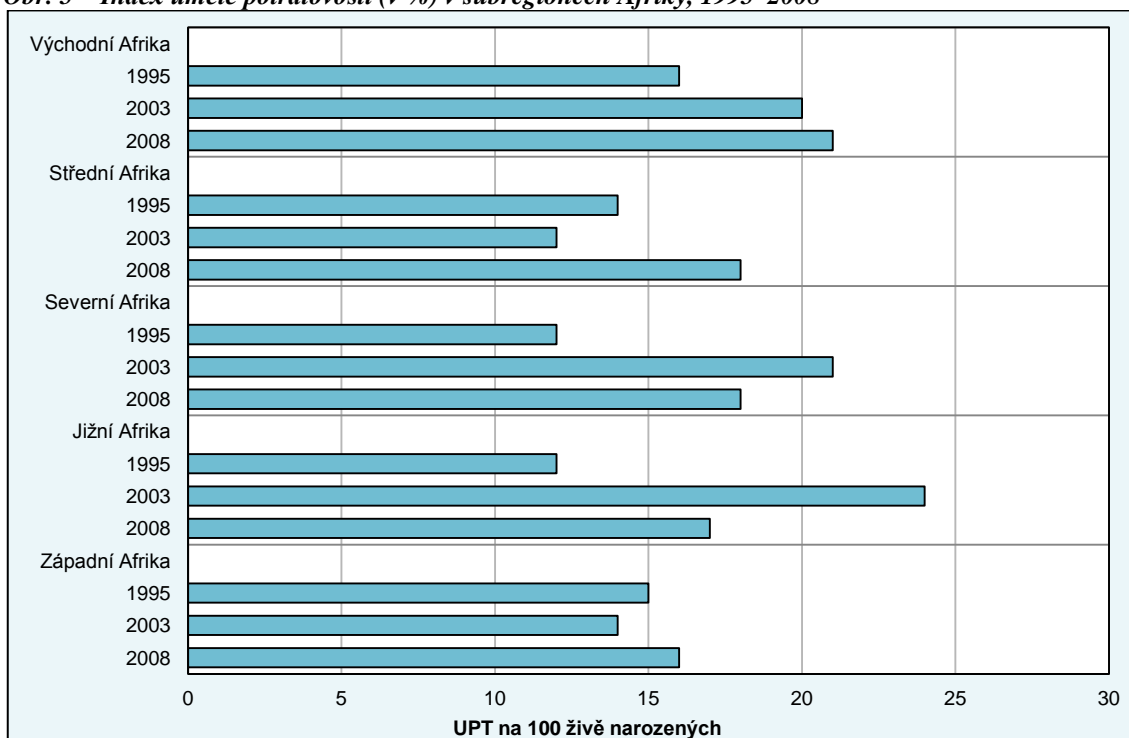
V letech 1995 a 2003 měla severní Afrika nejnižší obecné míry umělé potratovosti z celého regionu (17 resp. 22 ‰). Islám, jakožto převládající náboženství této oblasti, zčásti ovlivňuje incidenci UPT. Ve většině těchto zemí je zaveden dvojí systém práva, jehož součástí je kromě sekulárních zákonů usměrňujících většinu právních záležitostí, i islámské právo, které zahrnuje rodinu, manželství, rozvod, dědictví a opatrovnictví. Existují ale i výjimky, například v Súdánu je islámské právo aplikováno i na obchodní a trestní právo (Hessini, 2007). V severní Africe je UPT legální pouze v Tunisku, kde jako součást úsilí o snížení počtu nebezpečných UPT a zlepšení zdravotního stavu žen, byla UPT legalizována v roce 1965. Nicméně až v roce 1973 byl zákon upraven tak, že UPT mohly podstoupit všechny ženy bez ohledu na jejich rodinný stav nebo počet dětí. (Dabash et al., 2008). Nebezpečná UPT v Tunisku nejsou téměř zaznamenána a obecná míra umělé potratovosti klesla mezi lety 1996 a 2008 z 9 ‰ na 6 ‰ (Sedgh et al., 2011).

V roce 2008 měl z celého kontinentu nejnižší obecnou míru umělé potratovosti subregion jižní Afrika. Vzhledem k legalizaci UPT v Jihoafrické republice v roce 1996 se zvýšil podíl bezpečných UPT v roce 2003 a následně i v roce 2008 v celém subregionu (Singh et al., 2009). V dalších zemích tohoto subregionu platí ovšem restriktivní zákony a nebezpečná UPT proto stále převažují a ani v Jihoafrické republice nejsou zcela eliminována.

Ačkoli incidence UPT v Africe je vysoká, tak vysoká plodnost přispívá k relativně nízkým hodnotám indexu umělé potratovosti (obr. 5). Nejvyšších hodnot dosahoval index umělé potratovosti, s výjimkou prudkého nárůstu v jižní a severní Africe mezi lety 1995 a 2003, ve východní Africe, kde byla jeho hodnota v posledním analyzovaném kalendářním roce 21 ‰. Zmíněný nápadný nárůst v jižní Africe v roce 2003 z 12 na 24 UPT na 100 živě narozených byl způsoben zvýšením počtu UPT v reakci na liberalizaci zákona v roce 1996. Znatelný nárůst indexu umělé potratovosti, z 12 na 18 ‰, mezi lety 2003 a 2008 ve střední Africe, byl z části způsoben lepší kvalitou údajů o UPT.

**Obr. 4 – Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Afriky, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

**Obr. 5 – Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Afriky, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2007a), Henshaw et al. (1999)

### 5.1.2 Asie (mimo východní Asii)

Napříč subregiony Asie hraje vládní politika větší roli ve vysvětlení rozdílů obecných měr umělé potratovosti než v ostatních regionech. S výjimkou východní Asie, bylo v roce 2008 rozpětí obecné míry umělé potratovosti od 26 (západní a jihocentrální Asie) do 36 (jihovýchodní Asie)

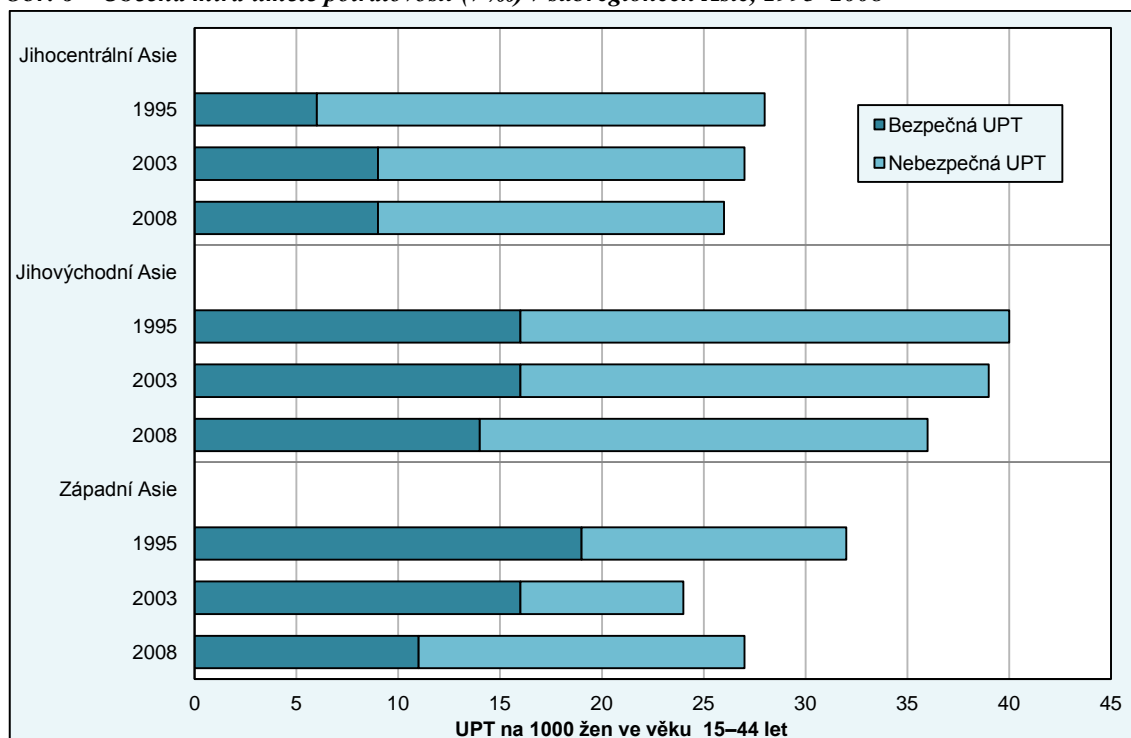
UPT na 1000 žen ve věku 15–44 (obr. 6). Také podíl nebezpečných UPT se podle subregionů stále značně liší. V roce 1995 byl podíl nebezpečných UPT na celkovém počtu UPT v rozmezí od 42 % (západní Asie) do 77 % (jihovýchodní Asie). V roce 2008 bylo rozmezí menší, od 57 % (západní Asie) do 65 % (jihocentrální Asie).

Jihocentrální Asie je subregion s dlouhodobě nejvyšším počtem nebezpečných UPT nejen v Asii, ale na celém světě vzhledem k samotné velikosti populace. Obecná míra umělé potratovosti ovšem díky velikosti populace není nejvyšší ani z asijských subregionů. V čase se téměř vůbec neměnila, pohybovala se kolem hodnoty 26 ‰ a zvyšovala se obecná míra bezpečné potratovosti. I přestože Indie, země s největší populací tohoto subregionu, legalizovala UPT v roce 1971, počet nebezpečných UPT je v jihocentrální Asii stále vysoký (WHO, 2011). V samotné Indii je navzdory této liberalizaci přístup ke službám poskytující bezpečná UPT omezený pro velkou většinu žen, obzvláště ve venkovských oblastech. K této skutečnosti přispívá několik faktorů. Jedním z nich je, kromě špatné kvality služeb a v neposlední řadě i kvůli jejich ceně, nedostatečná informovanost o právním postavení UPT a zařízeních, kde jsou legální UPT poskytována. Studie v různých částech země ukazují, že jen málo obyvatel je seznámeno s liberálním zákonem o UPT (Santhya, Verma, 2004).

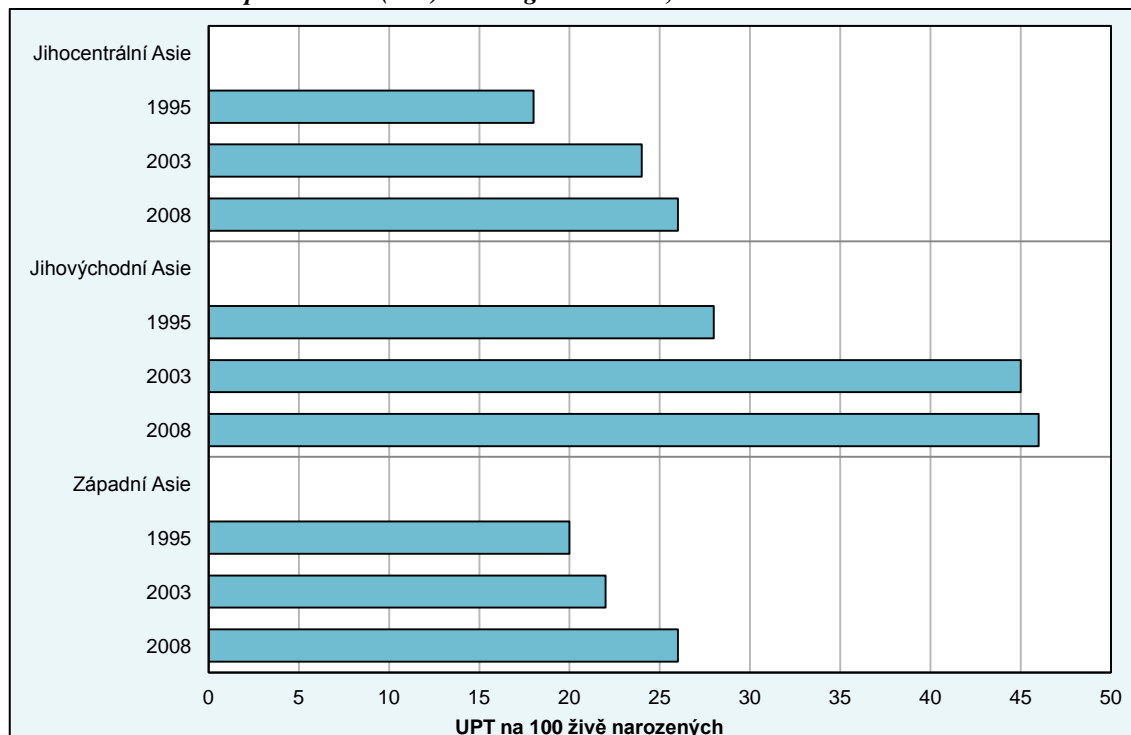
I přes mírný pokles obecné míry umělé potratovosti v jihovýchodní Asii (ze 40 na 36 ‰) je míra nebezpečné umělé potratovosti stále více než poloviční a celkově má tato část Asie dlouhodobě nejvyšší obecnou míru umělé potratovosti z celého kontinentu. To je částečně způsobeno vysokou incidencí UPT ve Vietnamu, který tvoří 15% populace tohoto subregionu. Vietnamská vláda přijala v 70. a 80. letech 20. století řadu zákonů a předpisů pro podporu malých rodin, v roce 1988 stanovila politiku dvou dětí a služby umělé potratovosti byly v tomto období široce dostupné (Goodkin, 1994). Podle Organizace spojených národů vzrostl počet UPT šestinásobně mezi lety 1982 a 1994 (UN, 2002). Odhad obecné míry umělé potratovosti pro rok 1996 je 83 ‰. Náboženství ovlivňovalo v tomto subregionu počty UPT na Filipínách, kde silný vliv katolické církve velmi omezoval přístup k moderním antikoncepčním metodám, což vedlo k velkému počtu nechtěných těhotenství, obzvláště mezi vdanými ženami (Singh et al., 2009).

Vývoj obecné míry umělé potratovosti v západní Asii je poznamenán lepšími metodami měření nebezpečných UPT v roce 2008. Obecná míra umělé potratovosti mezi roky 2003 a 2008 stoupla z 24 na 26 ‰ a míra nebezpečné potratovosti se zdvojnásobila. Tyto vyšší obecné míry umělé potratovosti reflektují liberální zákony o UPT v Arménii, Ázerbájdžánu a Turecku. Rostoucí incidence nebezpečných UPT na počátku 80. let v Turecku vedla k liberalizaci zákona v roce 1983 a UPT se stalo široce přístupným. Několik studií potvrdilo, že ačkoli bylo UPT legalizováno až v 80. letech, v Turecku se provádělo dlouhou dobu před tímto povolením a podle šetření v roce 1978, před tím než byla UPT legalizována, prodělalo 34 % žen nejméně jedno UPT (UN, 2002).

V jihovýchodní Asii byl index umělé potratovosti nejvyšší z asijských subregionů v průběhu celého období a mezi lety 2003 a 2008 se pohyboval mezi 45 a 46 % (obr. 7). To je po Karibiku, druhá největší hodnota indexu umělé potratovosti z oblastí, kde platí restriktivní zákony. V západní a jihocentrální Asii byl vývoj indexu umělé potratovosti velice podobný, během sledovaného období postupně vzrůstal a jeho hodnoty se pohybovaly od 18 do 26 %. Stejně jako v jihocentrální Asii dosahoval tento ukazatel v roce 2008 v západní Asii 26 %.

**Obr. 6 – Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Asie, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

**Obr. 7 – Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Asie, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2007a), Henshaw et al. (1999)

### 5.1.3 Latinská Amerika a Karibik

V rámci regionů s restriktivními zákony, je úroveň umělé potratovosti v Latinské Americe a Karibiku v celosvětovém pohledu nejvyšší. Rozmezí, ve kterém se pohybovaly hodnoty

obecných měr umělé potratovosti v roce 2008, bylo v tomto regionu od 29 (Střední Amerika) do 39 (Karibik) UPT na 1000 žen ve věku 15–44 (obr. 8). Podíl nebezpečných UPT byl velmi vysoký, během celého období se pohyboval kolem 95 %.

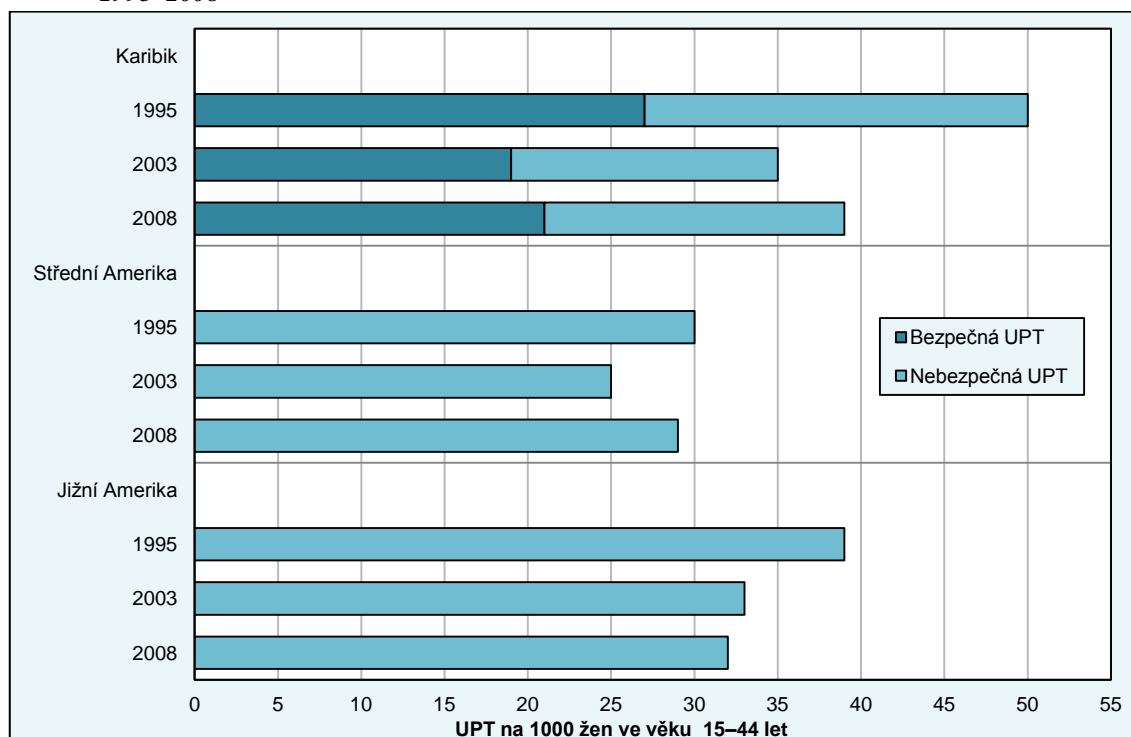
Obecná míra umělé potratovosti v jižní Americe dosahovala v roce 1995 až 39 %, mírně klesala v průběhu daného období a v roce 2008 se snížila na 32 %. Velmi restriktivní zákon je v platnosti v Chile, kde není UPT povoleno ani z důvodu záchrany života matky. Vzhledem k tomu, že služby poskytující UPT fungují tajně, je známo málo o praxi a profilu žen, které UPT podstupují. Nicméně navzdory těmto omezením se v roce 1964 Chile stalo jednou z prvních zemí Latinské Ameriky, jejíž vláda podporovala program plánovaného rodičovství v reakci na vysokou incidenci UPT a vysoké míry mateřské úmrtnosti (UN, 2002).

Ve střední Americe podobně jako v té jižní, jsou téměř všechna provedená UPT nebezpečná. Nárůst obecné míry umělé potratovosti mezi lety 2003 a 2008, z 25 na 29 %, je dán korekcí dat díky nově získaným údajům za nebezpečná UPT. O něco vyšší obecnou míru umělé potratovosti, než je celkový průměr celé Latinské Ameriky, mělo v roce 2006 Mexiko (33 %), kde jsou UPT povolena pouze pro záchranu života matky. Jeho federální systém ovšem umožňuje jednotlivým státům, aby stanovily své vlastní zákony. V roce 2007 bylo UPT povoleno v hlavním městě Mexico City na žádost ženy (Guttmacher Institute, 2008).

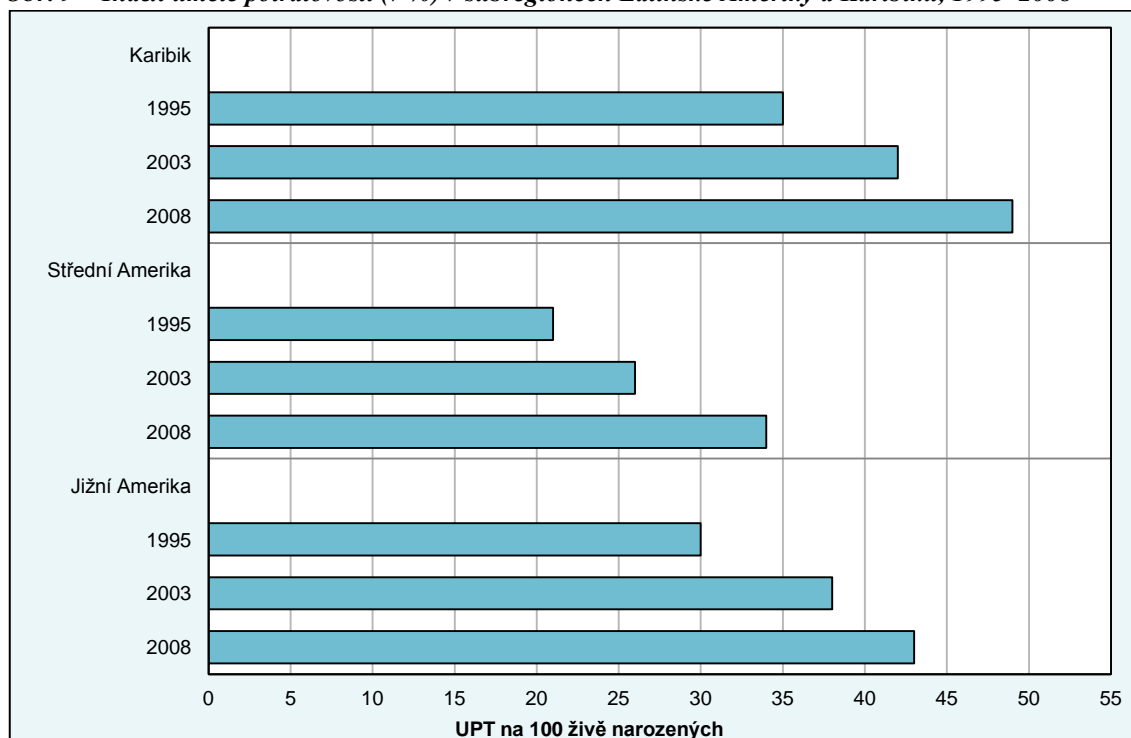
Nejvyšší úroveň obecné míry umělé potratovosti má ve všech třech analyzovaných letech Karibik. V roce 1995 dosahovala obecná míra umělé potratovosti až 50 %. Díky legalizaci UPT na Kubě (1965) a některých ostrovech se v Karibiku, jako v jediném subregionu, na obecné míře umělé potratovosti podílí i bezpečná UPT. Obecná míra umělé potratovosti na Kubě patří k těm nejvyšším na světě a UPT hraje významnou roli v regulaci plodnosti, i přes rozšířené užívání antikoncepce. Tento jev je typický například i pro země bývalého Sovětského svazu (Bélanger, Flynn 2009).

V celém regionu se index umělé potratovosti v průběhu let postupně zvyšoval. Nejvyšší byl zaznamenán během sledovaného období v Karibiku, kde činil v roce 2008 až 49 % (obr. 9). Ve střední a jižní Americe byly hodnoty tohoto ukazatele nižší. Zejména ve střední Americe dosahoval index umělé potratovosti v rámci celé Latinské Ameriky znatelně nižší úroveň a v roce 2008 připadalo na 100 živě narozených 34 UPT, což je hodnota srovnatelná s asijským průměrem.



**Obr. 8 – Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

**Obr. 9 – Index umělé potratovosti (v ‰) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2007a), Henshaw et al. (1999)

#### 5.1.4 Shrnutí

I přes velmi restriktivní legislativu ve většině států Afriky, Asie a Latinské Ameriky a Karibiku, je úroveň umělé potratovosti velmi vysoká a většinový podíl zaujímají nebezpečná UPT.

Celková obecná míra umělé potratovosti je podobná ve všech třech regionech ale navzdory této podobnosti se úroveň umělé potratovosti značně liší mezi i uvnitř subregionů. Nejvyšší je v Latinské Americe a Karibiku, kde v některých zemích platí ty nejpřísnější zákony a UPT není v některých z nich povoleno ani z důvodu záchrany života těhotné ženy. Díky legálním UPT na Kubě, je v tomto regionu alespoň minimální incidence bezpečných UPT. Nejvyšší podíl bezpečných UPT je zaznamenán v Asii, která v rámci této části kapitoly zahrnuje jen tři ze čtyř asijských subregionů. Východní Asie je z důvodu liberálních zákonů zpracována v další části práce. Největší incidence bezpečných UPT v asijském regionu byla v převážné části analyzovaného období v jihovýchodní Asii a to zejména díky vysokému počtu UPT díky zavedené liberální legislativě ve Vietnamu. Jihocentrální Asie nemá díky početné populaci nejvyšší obecnou míru umělé potratovosti i přesto, že počet UPT je zde nejvyšší na celém světě. Vývoj obecné míry umělé potratovosti byl v Africe podobný jako v Asii s tím rozdílem, že v Africe jsou téměř všechna UPT nelegální. Až v roce 2008 se projevila liberální legislativa Jihoafrické republiky, Tuniska a několika dalších států a vzrostl počet provedených bezpečných UPT a tím i obecná míra bezpečné umělé potratovosti.

Regiony, jejichž úroveň plodnosti je vysoká, se vyznačují nižšími hodnotami indexu umělé potratovosti. Přestože Latinská Amerika a Karibik a Afrika mají podobné obecné míry umělé potratovosti, hodnoty indexu umělé potratovosti v Africe jsou díky tamní vysoké plodnosti znatelně nižší než v případě Latinské Ameriky a Karibiku. Asie se svým indexem umělé potratovosti spadá během sledovaného období mezi tyto dva regiony.

## 5.2 Umělá potratovost a liberální zákony

Liberální legislativa, která je zavedena především ve vyspělém světě, ve většině zemí zaručuje širokou dostupnost UPT, které je provedeno v odpovídajících zdravotnických zařízeních. I přes obavy některých žen jsou postupy a techniky používané pro časné UPT jednoduché a bezpečné. Pokud je UPT prováděno kvalifikovaným zdravotníkem, který má vhodné vybavení, jsou dodrženy hygienické normy a správná technika, je UPT jednou z nejbezpečnějších zdravotních procedur (WHO, 2012). Součástí celé procedury je ve vyspělých zemích i postinterrupční péče a poradenství, včetně toho antikoncepčního, které může zabránit opakování UPT. Do kategorie územních celků, kde platí liberálními zákony, patří celá Evropa, subregion Východní Asie a severní Amerika a též dva státy Oceánie, Austrálie a Nový Zéland.

### 5.2.1 Evropa

I přesto, že všechny evropské státy se řadí do vyspělého světa, v některých zemích je incidence UPT velmi vysoká a z části ji tvoří i nebezpečná UPT (obr. 10). Obecná míra umělé potratovosti dosahuje na tomto kontinentu dvou extrémů, celosvětově nejnižší i nejvyšší úrovně tohoto ukazatele. Mnoho států, zejména v západní Evropě, kde jsou UPT dostupná a prevalence užívání antikoncepce vysoká, poskytuje příklad toho, čeho lze dosáhnout zajištěním antikoncepčních služeb a kvalitní zdravotní péčí.

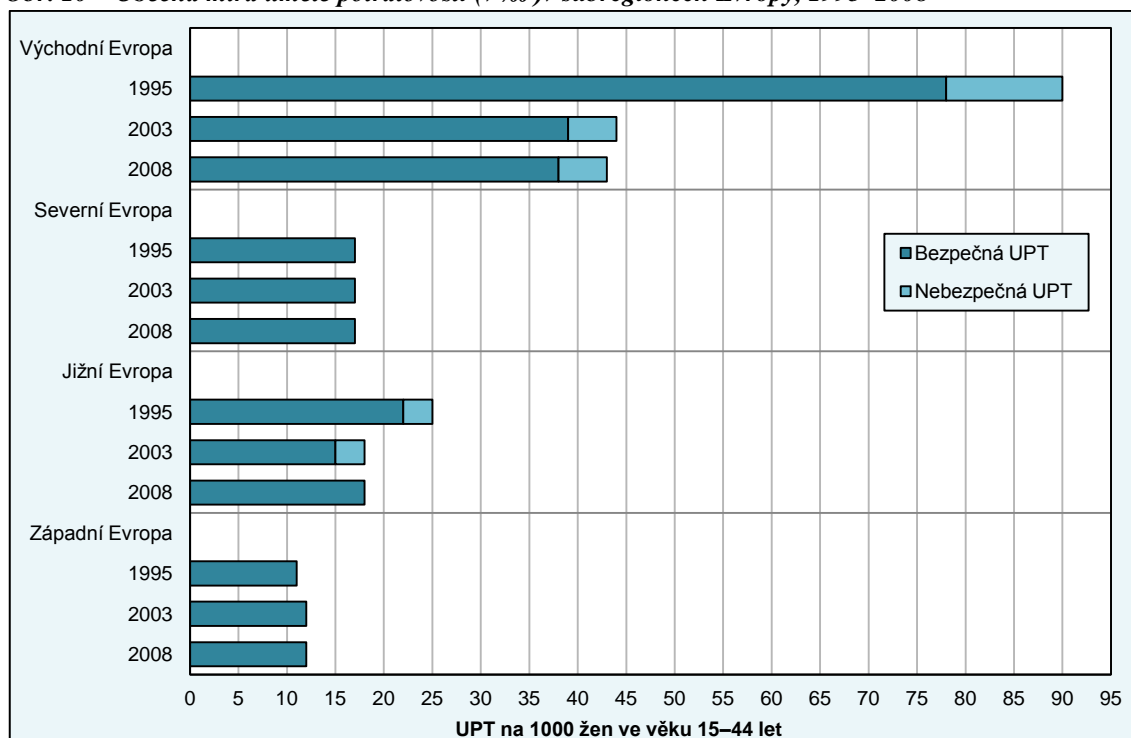
Východní Evropa je subregion s nejvyšší hodnotou obecné míry umělé potratovosti celosvětově v průběhu sledovaného období. V roce 1995 dosahovala až 90 %. Do roku 2008 se

snížila více než o polovinu a to na 43 %, ale stále je to nejvíce ze všech světových subregionů. Vysoká umělá potratovost v této oblasti má původ v ekonomických a politických změnách po druhé světové válce. Ve většině východoevropských zemí, které tvořily Sovětský svaz, byly přijaty zákony, které umožňovaly UPT na žádost ženy nebo ze socioekonomických důvodů. V některých z těchto zemí však často docházelo k legislativním změnám, které vedly buď k omezení poskytování UPT, například zavedením odborných komisí, nebo k liberalizaci stávajících zákonů (Roemer, 1967). Moderní antikoncepční metody byly nedostupné a UPT tak sloužilo jako hlavní metoda limitování velikosti rodin. V Rumunsku došlo k extrémním změnám v roce 1990, kdy byla UPT legalizována po dvaceti letech naprostého zákazu těchto procedur. V důsledku této právní změny se strmě zvýšila obecná míra umělé potratovosti z 39 UPT v roce 1989 na 199 UPT na 1000 žen ve věku 15–44 v roce 1990. I přesto, že obecná míra umělé potratovosti klesla na 78 % v roce 1996, stále zůstala nejvyšší v celé Evropě (UN, 2002). Naopak zvláštním případem je Polsko, jehož úroveň umělé potratovosti je dlouhodobě na velmi nízké úrovni. Restriktivní zákon o UPT zde platí od roku 1993 a významným faktorem je též vysoký podíl věřících (Rahman, 1998).

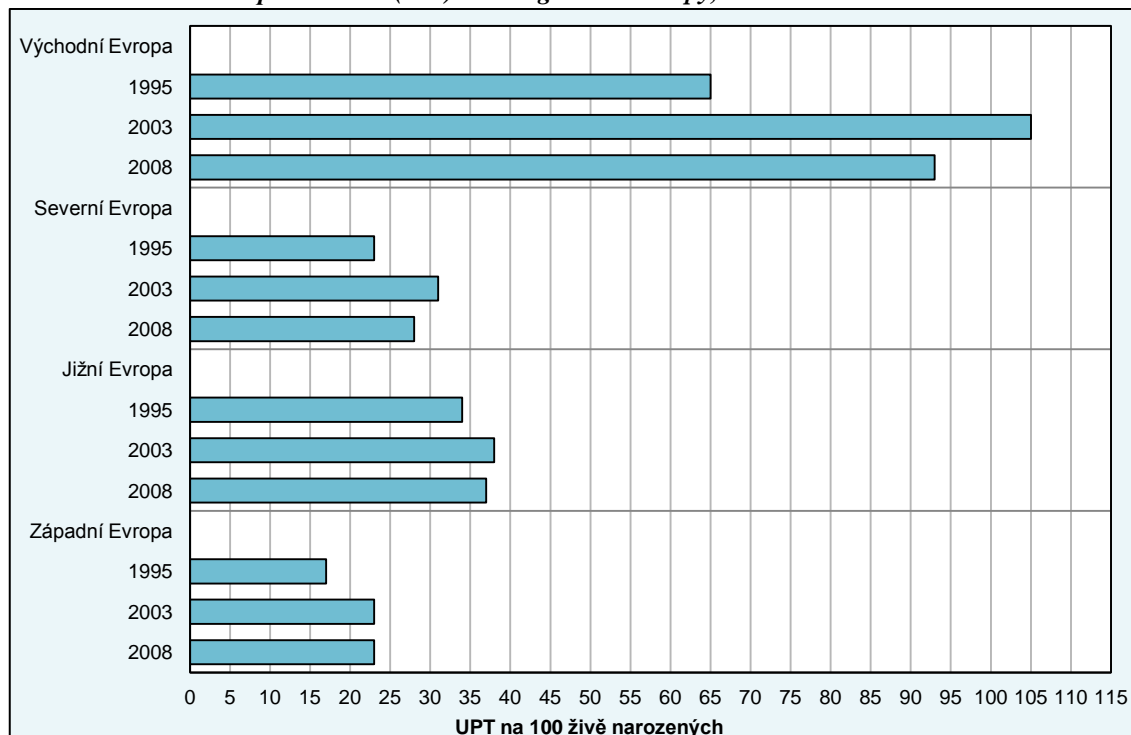
Naopak západní Evropa zahrnuje ty země, které mají dlouhodobě nejnižší úroveň obecné míry umělé potratovosti a od roku 1995 je stabilní a kolísá mezi 11 a 12 %. Podobně je na tom i jižní Evropa, kde byla v roce 2003 a 2008 obecná míra umělé potratovosti 18 %. V jižní Evropě se na celkovém počtu UPT v roce 1995 a 2003 podílela i nebezpečná UPT, ovšem v posledním sledovaném roce je tento podíl zanedbatelný.

V severní Evropě je obecná míra umělé potratovosti ve sledovaném období stabilní na hodnotě 17 %. Velice restriktivní legislativa je platná v Irsku, kde je UPT povoleno pouze z důvodu záchrany života matky, a řadí se tak mezi země s nejpřísnějšími zákony o UPT navzdory tomu, že jde o vyspělý stát. UPT byla zakázána již od založení republiky a zákrok se považuje za trestný čin. Irské ženy proto cestují za legálními zákony o UPT do zahraničí, kde proceduru podstoupí a pokud nejsou z určitých důvodů schopné vycestovat, uchylují se k provedení nelegálních UPT (Singh et al., 2009).

Index umělé potratovosti dosahuje nejvyšších hodnot ve východní Evropě, kde v roce 2003 připadalo na 100 živě narozených až 105 UPT (obr. 11). V roce 2008 to bylo 93 UPT na 100 živě narozených, což je v rámci všech světových subregionů stále nejvyšší hodnota. Vysoký index umělé potratovosti není způsoben jen vysokou incidencí UPT v této části Evropy, ale i nízkou úrovní plodnosti. Nejnižší index umělé potratovosti ve sledovaném období byl v západní Evropě, kde nepřesáhl hodnotu 25 %. V severní a jižní Evropě hodnoty indexu umělé potratovosti ve sledovaném období nikdy nepřesáhly 40 %.

**Obr. 10 – Obecná míra umělé potratovosti (v %) v subregionech Evropy, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

**Obr. 11 – Index umělé potratovosti (v %) v subregionech Evropy, 1995–2008**

**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2007a), Henshaw et al. (1999)

### 5.2.2 Východní Asie

Východní Asie je napříč asijskými subregiony unikátní svojí liberální legislativou týkající se UPT. Výjimkou je Jižní Korea, kde je UPT povoleno pouze pro záchranu života matky a jejího fyzického zdraví. Téměř všechna UPT jsou bezpečná v průběhu celého období. Z velké části

průměr této oblasti determinuje Čína, která jako první velká méně vyspělá země stanovila v roce 1957 liberální zákon o UPT, kdy všechny žádosti žen byly vyřizovány bez omezení týkajících se věku, počtu dětí nebo schvalovacích postupů (UN, 2002). Mezi lety 2003 a 2008 se obecná míra umělé potratovosti ve východní Asii nezměnila (28 ‰). Index umělé potratovosti byl v tomto subregionu v letech 2003 a 2008 druhý nejvyšší v rámci všech světových subregionů. Mezi lety 1995 a 2003 stoupl z 34 na 51 UPT na 100 živě narozených. V roce 2008 zůstal index stejný jako v roce 2003.

### **5.2.3 Severní Amerika**

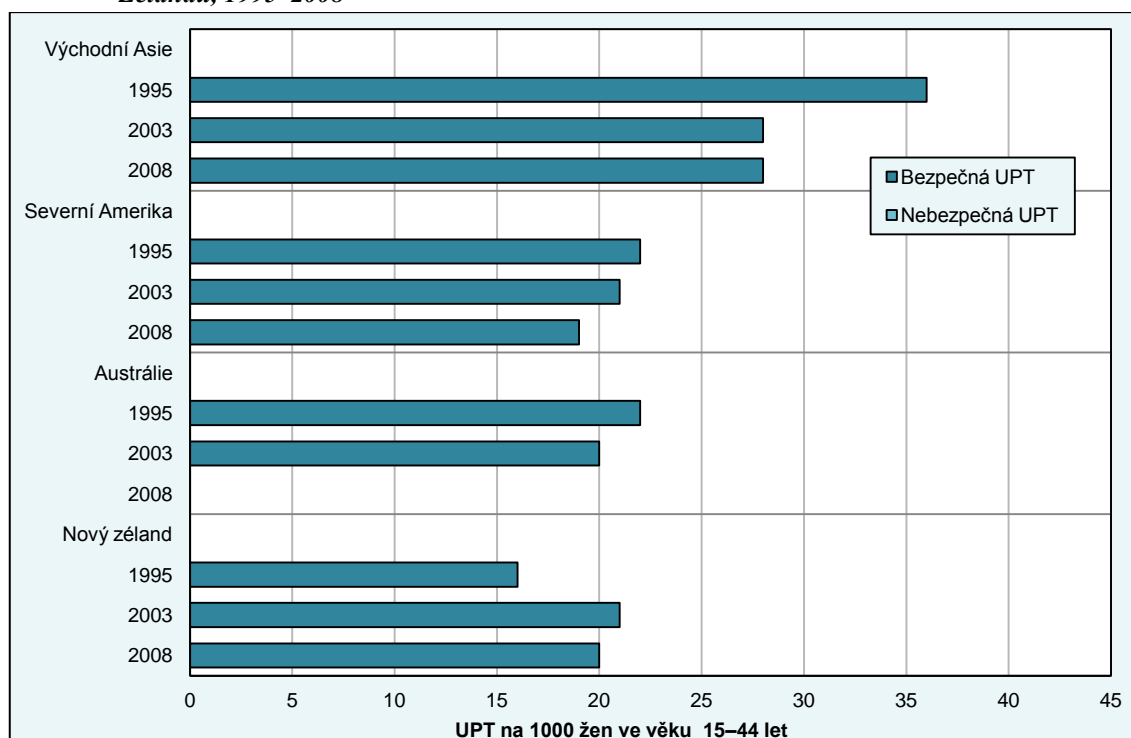
V Severní Americe byla téměř všechna provedena UPT ve sledovaném období bezpečná, obecná míra umělé potratovosti mírně klesala a v roce 2008 na 1000 žen ve věku 15–44 připadalo 19 UPT (obr. 12). V USA byla UPT na žádost ženy povolena v roce 1973 na základě rozhodnutí nejvyššího soudu Spojených států. Ovšem díky soudnímu rozhodnutí z roku 1989, které dalo možnost jednotlivým státům omezovat dostupnost UPT, byly v mnoha z nich zavedeny přísnější podmínky, a proto došlo ke snížení jejich počtu v rámci celé federace (UN, 2002). Obecná míra umělé potratovosti se v USA výrazně liší dle etnické skupiny. Podle výzkumu provedeného autory z amerického Guttmacher Institutu v roce 2000, nejvíce UPT podstupují Afroameričanky, méně Hispánské ženy a nejnižší obecná míra umělé potratovosti je mezi bílými Američankami (Jones et al, 2002). Index umělé potratovosti byl v daném období v severní Americe nejvyšší v roce 2003, kdy dosáhl 33 ‰. V roce 2008 došlo k poklesu na 29 ‰.

### **5.2.4 Austrálie a Nový Zéland**

Vzhledem k tomu, že Austrálie a Nový Zéland v průběhu sledovaného období tvoří více než 72 % obyvatel Oceánie a většina UPT byla provedena v těchto dvou státech, je tato analýza zaměřena pouze na tyto dvě země, které se také na rozdíl od ostatních zemí Oceánie liší méně restriktivními zákony o UPT. Nový Zéland sice nepovoluje UPT z jiných než zdravotních důvodů, ale výklad zákona o UPT je v této zemi velmi volný. Odhad počtu UPT v Austrálii za rok 2008 není k dispozici, a proto za tento rok není možné porovnat incidenci UPT se zbytkem světa. Obecná míra umělé potratovosti klesla v Austrálii mezi roky 1995 a 2003 z 22 na 20 ‰. Na Novém Zélandu byla situace opačná a obecná míra potratovosti mezi lety 1995 a 2003 stoupla z 16 na 21 ‰. V roce 2008 došlo oproti předcházejícímu sledovanému roku jen k mírnému poklesu (obr. 12).

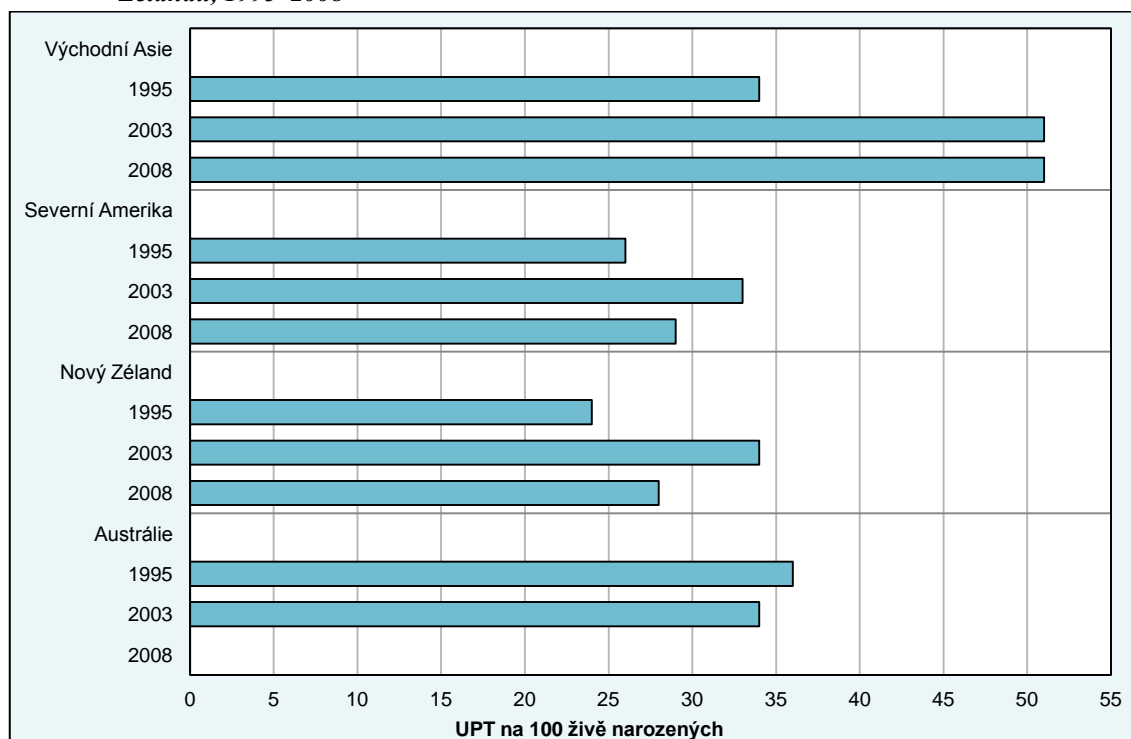
Index umělé potratovosti měl podobný vývoj jako obecná míra umělé potratovosti v případech obou zemí. V Austrálii byl index umělé potratovosti v roce 1995 36 ‰ a do roku 2003 došlo k mírnému poklesu na 34 ‰. V období 1995–2003 se na Novém Zélandu zvýšil index umělé potratovosti z 24 ‰ na 34 ‰ (obr. 13). Mezi lety 2003 a 2008 došlo sice k poklesu indexu umělé potratovosti, ale ne z důvodu snížení počtu UPT ale díky nárůstu počtu živě narozených.

**Obr. 12 – Obecná míra umělé potratovosti (v %) ve Východní Asii, Severní Americe, Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2008**



**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2011), Sedgh et al. (2007b), Singh et al. (2009), Henshaw et al. (1999)

**Obr. 13 – Index umělé potratovosti (v %) ve Východní Asii, Severní Americe, Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2008**



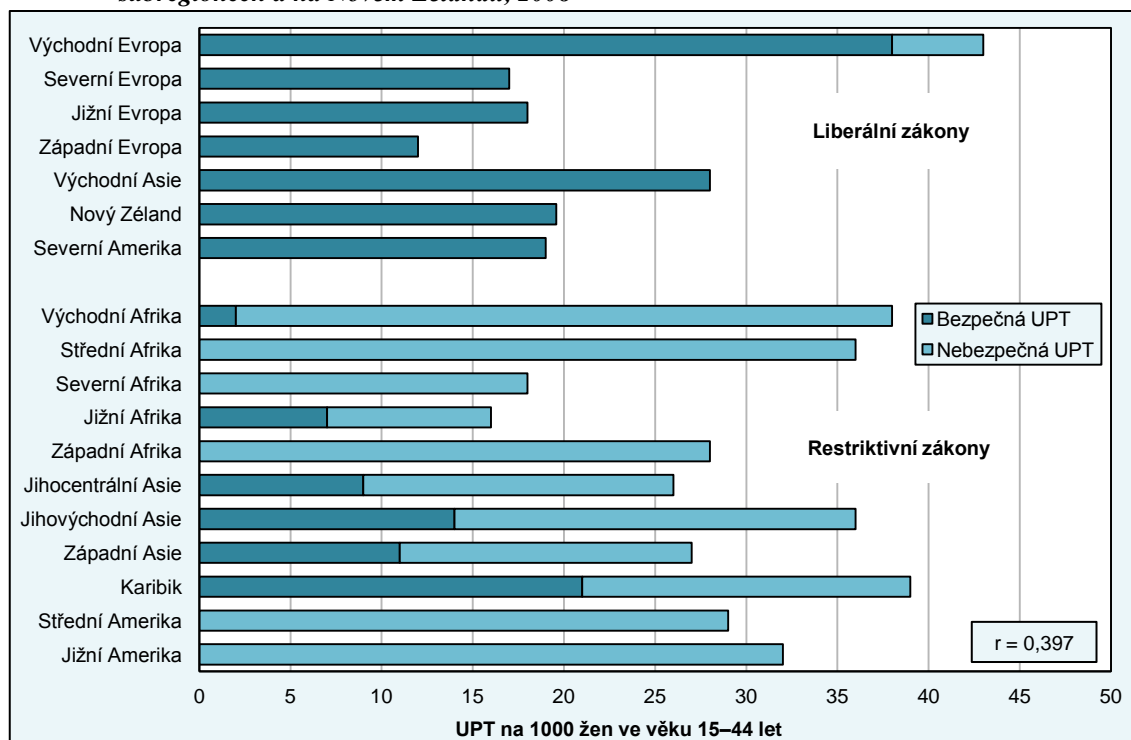
**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2011), Sedgh et al. (2007a), Sedgh et al. (2007b), Henshaw et al. (1999), UN (1995, 2003, 2008), vlastní výpočty

### 5.2.5 Shrnutí

Na rozdíl od regionů s restriktivní legislativou, v oblastech, kde platí liberální zákony o UPT, jsou hodnoty obecné míry umělé potratovosti vzájemně rozdílné. Podobnou úroveň umělé potratovosti mají Severní Amerika a Austrálie a Nový Zéland, kde se obecná míra umělé potratovosti pohybuje kolem 20 %. V těchto oblastech je incidence nebezpečných UPT, které jsou prováděny nevhodnými nebo nebezpečnými technikami, zanedbatelná. Úroveň umělé potratovosti ve Východní Asii je v letech 2003 a 2005 srovnatelná s tou v Evropě s tím rozdílem, že v Evropě jsou, jako v jediné oblasti s liberální legislativou, zastoupena i nebezpečná UPT. Průměr evropské obecné míry umělé potratovosti značně zvyšuje vysoká incidence UPT ve východní Evropě. Obecná míra umělé potratovosti je v tomto subregionu nejvyšší na celém světě a z části se na ni podílí i nebezpečná UPT, jejichž počet se mezi roky 2003 a 2008 nesnížil. Index umělé potratovosti byl v této části Evropy též nejvyšší ze všech světových subregionů během sledovaného období a v roce 2003 dosáhl až 105 UPT na 100 živě narozených dětí. V západní Evropě je situace opačná, její nízké hodnoty obecné míry umělé potratovosti jsou pozorovatelné již v roce 1995 a tato úroveň umělé potratovosti je v celosvětovém pohledu nejnižší.

Situace v mnoha sledovaných oblastech naznačuje, že úroveň obecné míry umělé potratovosti není ve vzájemné souvislosti s přísností legislativy o UPT (obr. 14). To potvrzuje i biseriální korelační koeficient, který s hodnotou 0,397 v roce 2008, signalizuje slabou závislost. Restriktivní zákony o UPT tedy negarantují nižší úroveň umělé potratovosti, naopak v těchto státech je mnohdy vyšší incidence nebezpečných UPT. Liberální zákony stejně tak nezaručují vyšší úroveň umělé potratovosti a to z důvodu velmi kvalitní prevence nechtěných těhotenství a dostupnosti moderních antikoncepčních metod v mnoha z těchto zemí. Výsledkem je, že přísnost zákonů o UPT ovlivňuje jejich bezpečnost ale nikoli množství.

**Obr. 14 – Obecná míra umělé potratovosti (v ‰) dle přísnosti zákonů o UPT ve světových subregionech a na Novém Zélandu, 2008**



**Zdroj:** Sedgh et al. (2012), Sedgh et al. (2011), Singh et al. (2009), Sedgh et al. (2007)

### 5.3 Prevalence antikoncepce

Navzdory rozdílům ve vzorcích manželského a reprodukčního chování patrných v jednotlivých částech světa, má většina žen představu o založení rodiny v určité fázi svého života. Plánování takto důležitého životního rozhodnutí je ovšem často znesnadněno absencí efektivních antikoncepčních metod. V případě, že je přístup k moderní antikoncepci omezen, jsou ženy odkázány na tradiční málo spolehlivé metody, které mohou mít za následek neplánovaná těhotenství. Ne vždy jsou ale ženy připravené na výchovu potomka, ať už z ekonomických, sociálních či mnoha dalších důvodů, které jsou překážkou v dostačující a uspokojivé péči o dítě. Nechtěným těhotenstvím i následným UPT, pro které se ženy v mnoha případech rozhodnou, se dá předejít zkvalitňováním a rozšiřováním služeb plánovaného rodičovství. Nárůst prevalence antikoncepce a používání účinných antikoncepčních metod, omezuje incidenci UPT (WHO, 2011). Zejména v méně vyspělých zemích je dostupnost moderních antikoncepčních metod nedostatečná a potřeby žen tak zůstávají neuspokojené. Zpřístupnění moderní antikoncepce tak může těmto ženám nejen velmi zvýšit kvalitu jejich života, ale i snížit celosvětový průměr počtu nechtěných těhotenství a UPT.

Prevalence užívání antikoncepce byla v rámci této práce analyzována, vzhledem k dostupnosti dat, za odlišné kalendářní roky a mírně odlišné subregiony než v případě umělé potratovosti. Úroveň tohoto ukazatele je hodnocena v období 1995–2009. V rámci asijského regionu je vymezeno více subregionů a data za Austrálii a Nový Zéland jsou souhrnná pro obě země, nicméně pro ucelený přehled o úrovni prevalence antikoncepce v návaznosti na úroveň umělé potratovosti v jednotlivých oblastech světa, je tato analýza dostačující.

Ve sledovaném období došlo v každém z regionů k menšímu či většímu nárůstu prevalence antikoncepce. Je patrné, že vyšší prevalence antikoncepce není vždy spojena výhradně s vyspělými regiony a vyšší podíl tradičních antikoncepčních metod není zcela charakteristický pro ty méně vyspělé.

#### 5.3.1 Afrika

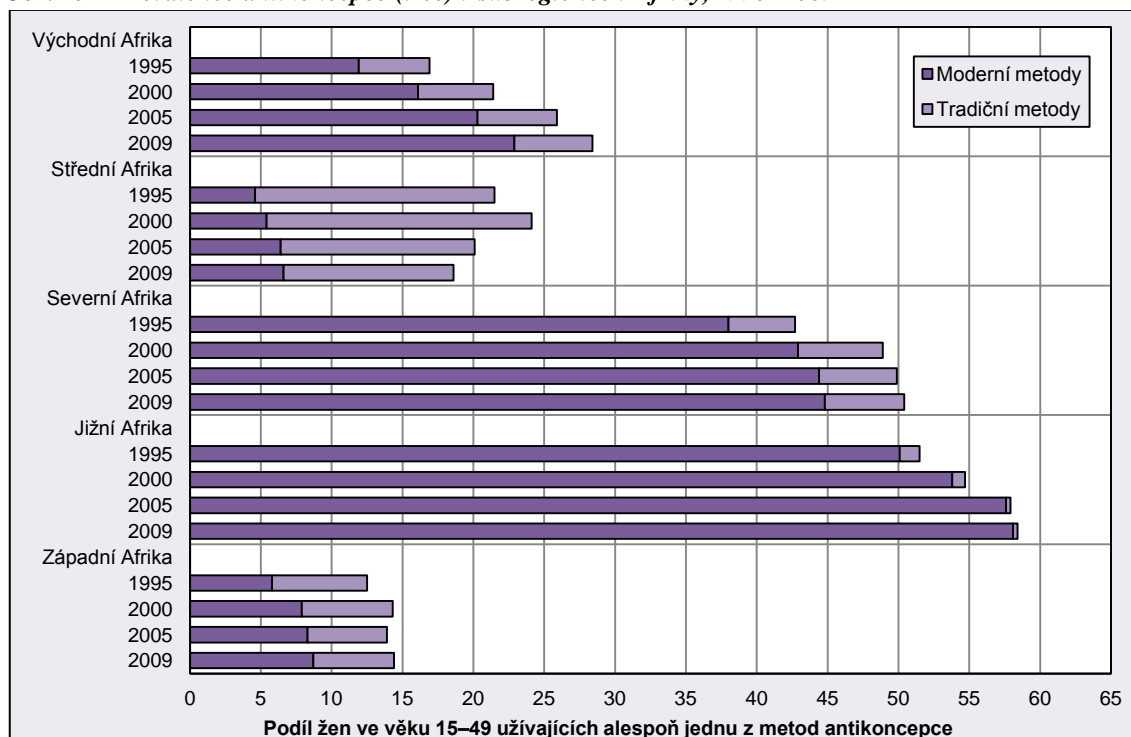
V mnoha afrických státech se služby plánovaného rodičovství staly poprvé dostupné po mezinárodní konferenci v Kazachstánu v roce 1978 věnované primární zdravotní péči. Mnoho vlád přijalo strategie primární zdravotní péče propojené se službami plánovaného rodičovství (WHO, 1978). Po mezinárodní konferenci v Mexico City v roce 1984, kde byl přijat dokument, který zaručoval právo párů i jednotlivců na programy plánovaného rodičovství, vlády jednotlivých afrických zemí měnily své postoje (Brown, 1984). Některé vlády dokonce od naprostého zákazu distribuce antikoncepce přistoupily k oficiální podpoře.

I přes tuto většinovou vládní podporu je prevalence užívání antikoncepce v Africe nejnižší na světě a mezi lety 1995 a 2009 se pohybovala mezi 20 % a 30 %. Nejenom, že tato úroveň je nízká, ale i prevalence moderních antikoncepčních metod dosahuje, obzvláště v některých oblastech, znepokojivě nízkých hodnot (obr. 15). V roce 1995 byla tato hodnota na 16 % a o téměř 20 let později se zvýšila pouze na 22 %. Čtyři z pěti afrických subregionů mají mezi lety 1995 a 2009 nejnižší prevalenci antikoncepce na světě. V západní Africe je podíl vdaných žen nebo žen v konsenzuálním svazku ve věku 15–49, které užívají antikoncepci, nejmenší



a nárůst v daném období je minimální. Také podíl tradičních metod na celkové prevalenci je zde relativně vysoký, v roce 1995 přesahoval dokonce 50 %. Střední Afrika má sice celkovou prevalenci vyšší než západní Afrika, ale tradiční metody zde mají většinové zastoupení. Největší nárůst prevalence antikoncepce je viditelný ve východní Africe, kde mezi roky 1995 a 2009 vzrostla prevalence ze 17 % na 28 %. Tyto tři africké subregiony s nízkou prevalencí užívání antikoncepce jsou zároveň oblasti s nejvyšší úrovní umělé potratovosti v rámci afrického kontinentu. Je tedy zřejmé, že UPT je v těchto zemích stále primární způsob omezení velikosti rodin a moderní antikoncepční metody se na tomto omezení podílí jen velmi málo a to z důvodu slabé vládní podpory programů plánovaného rodičovství. Ve zbývajících dvou afrických subregionech se podpora metod antikoncepce projevila nejdříve a kromě podstatně vyšší úrovně prevalence antikoncepce se vyznačují zároveň velice nízkou úrovní umělé potratovosti. V severní Africe užívalo v roce 2009 antikoncepci 50 % vdaných nebo v konsenzuálním svazku žijících žen ve věku 15–49. Nicméně průměr za celý subregion by byl o poznání vyšší, dokonce vyšší než v jižní Africe, pokud by z výpočtů byla vynechána populace Súdánu, kde je prevalence velmi nízká na rozdíl od ostatních zemí severní Afriky. Například v Tunisku prevalence dosahovala v roce 2006 až 60 % a v Súdánu jen 7,6 % (UN, 2011a). Celkově je tedy nejvyšší prevalence antikoncepce v jižní Africe během celého sledovaného období a k tradičním metodám se zde uchyluje minimum párů. Státy s nejvyššími hodnotami prevalence většinou spadají do těchto dvou subregionů a jsou pro ně typické nižší míry plodnosti, vyšší úroveň vzdělání a nejširší dostupnost služeb plánovaného rodičovství.

**Obr. 15 – Prevalence antikoncepce (v %) v subregionech Afriky, 1995–2009**



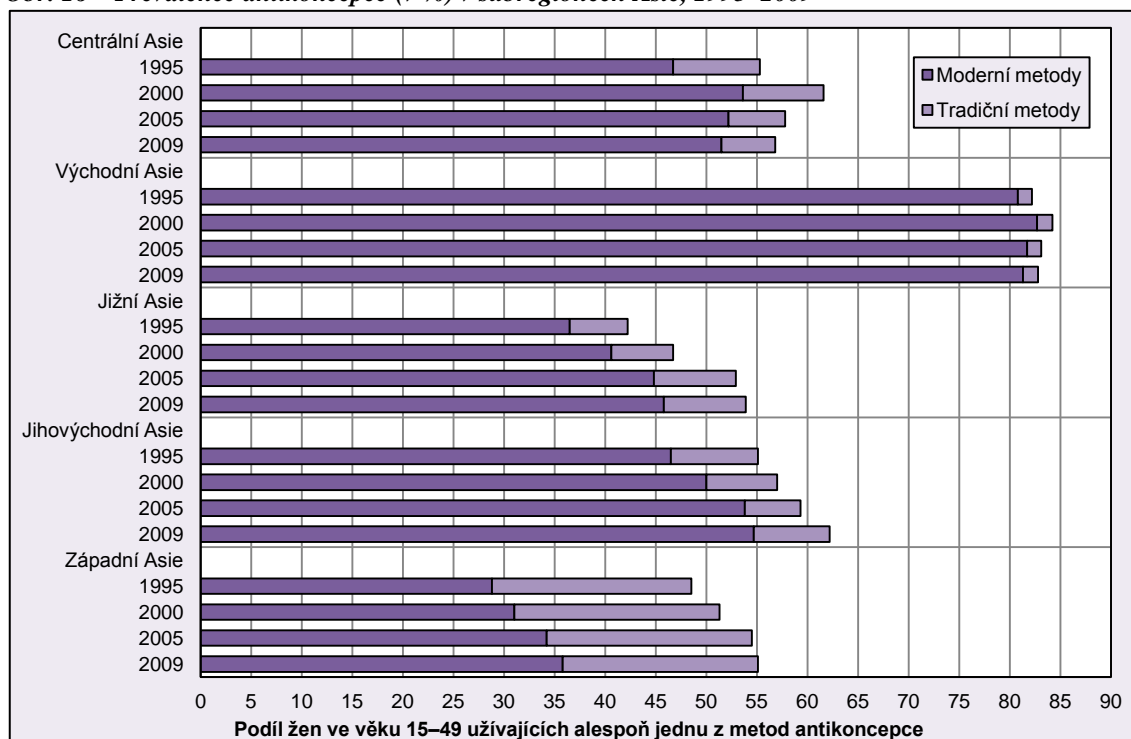
**Poznámka:** *moderní metody:* sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka; *tradiční metody:* periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktace amenorey, lidové metody

**Zdroj:** UN (2011b)

### 5.3.2 Asie

Vzhledem k tomu, že asijské země byly první, které poznaly negativní důsledky rychlého populačního růstu, zahájila většina z nich po první asijské populační konferenci (1963) vládní programy s cílem zajistit služby plánovaného rodičovství a dostupnost antikoncepce (UN, 2006). Na počátku 21. století většina zemí podporovala přístup k těmto službám a v roce 2009 dosahovala prevalence antikoncepce v Asii 66 %. Ve všech subregionech převažovaly moderní antikoncepční metody (obr. 16). Východní Asie, jakožto nejvyspělejší oblast asijského regionu, má nejvyšší prevalence antikoncepce nejenom v rámci Asie ale i celého světa (83 % v roce 2009). To je silně ovlivněno vysokou prevalence v Číně, která podle posledních údajů činí 85 % (UN, 2011b). V tomto subregionu je též podíl moderních antikoncepčních metod na celkové prevalence velmi vysoký, v roce 2009 představoval 98 %. Ve zbytku Asie je prevalence nižší a porovnatelná s tou v jižní Africe. V západní Asii je patrná i vyšší prevalence tradičních metod antikoncepce v průběhu celého analyzovaného období (kolem 20 %). Vlády zemí tohoto subregionu se na rozdíl od zbytku Asie, vzhledem k naléhavějším populačním problémům, zapojily do podpory moderních metod antikoncepce později (UN, 2006). V jihovýchodní Asii dosáhla v roce 2009 prevalence antikoncepce 62 %, což je druhá nejvyšší hodnota v tomto roce za celý region. Kromě Číny, se v Asii nachází několik zemí, které se svojí úrovní prevalence vyrovnají vyspělým státům. Patří k nim například Írán, Jižní Korea, Thajsko a Vietnam. Důvodem dosažení tak vysoké prevalence je silná vládní podpora programů plánovaného rodičovství. Navíc v mnoha zemích s těmito programy je zavedena politika malých rodin, jako například v případě Číny, Íránu a Vietnamu.

**Obr. 16 – Prevalence antikoncepce (v %) v subregionech Asie, 1995–2009**



**Poznámka:** *moderní metody:* sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka; *tradiční metody:* periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktanční amenorey, lidové metody

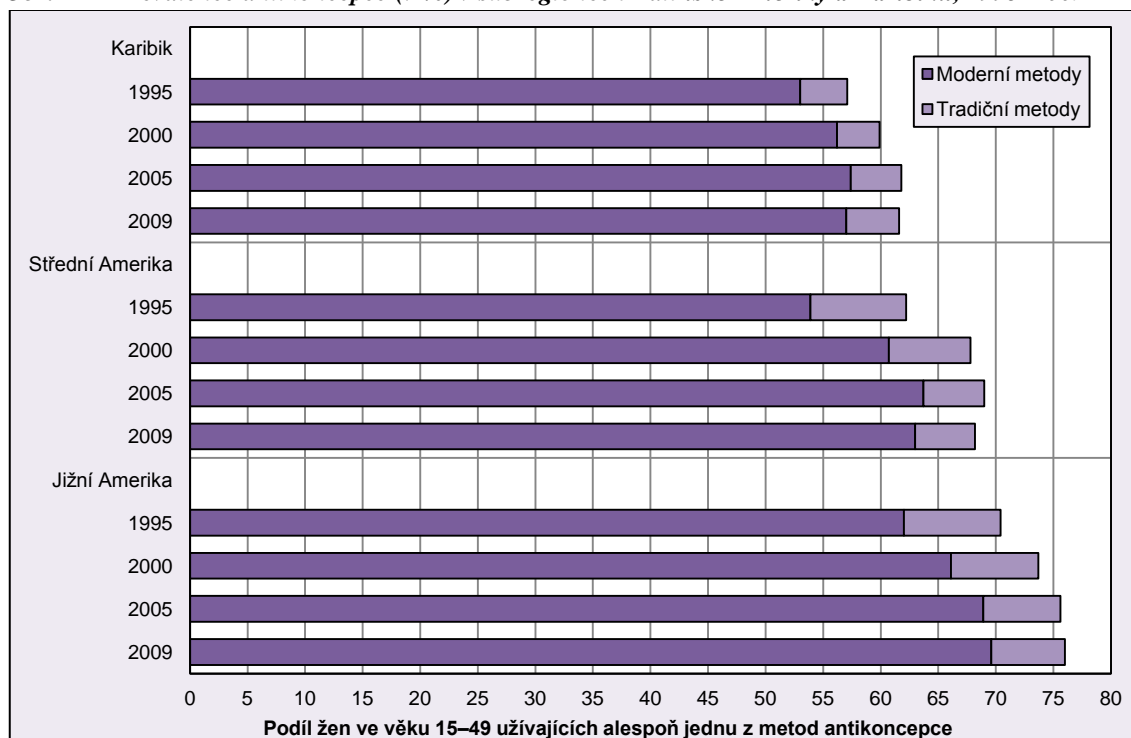
**Zdroj:** UN (2011b)

### 5.3.3 Latinská Amerika a Karibik

Do roku 1960 mnoho zemí Latinské Ameriky a Karibiku nepodporovaly plánování rodičovství a používání antikoncepce, avšak rychlý nárůst počtu obyvatel a jeho socioekonomické důsledky přesvědčily některé vlády k podpoře těchto služeb. V důsledku toho byla na začátku 70. let antikoncepce dostupná ve vládních zařízeních ve většině zemí (UN, 2006). Státy, které neposkytovaly přístup k antikoncepčním metodám do poloviny 80. let, se po mezinárodní konferenci v Mexico City přiklonily k podpoře plánování rodičovství a poskytování antikoncepce ve vládních zařízeních. V současnosti je podpora dostupnosti antikoncepčních metod velmi silná. V roce 2001 poskytovalo ze všech zemí 94 % z nich přímou podporu a zbývajících 6 % podporu nepřímou (UN, 2006).

Mezi lety 1995–2009 byla v Latinské Americe a Karibiku úroveň prevalence antikoncepce nejvyšší z méně vyspělých regionů. V roce 2009 byla hodnota prevalence užívání antikoncepce 73 % (obr. 17), což je stejně jako v Evropě, ale podíl moderních antikoncepčních metod na celkové prevalenci v roce 2009 byl v tomto regionu znatelně vyšší (92 % vs. 81 %). Ve srovnání s Afrikou nebo Asií, je variabilita úrovně prevalence v této oblasti napříč subregiony nižší. Prevalence antikoncepce je nejnižší v Karibiku (62 %), který je následovaný střední Amerikou (68 %) a jižní Amerika vykazovala nejvyšší hodnoty prevalence v daném období (76 %). I přes takto rozšířené užívání antikoncepce mezi ženami v Latinské Americe a Karibiku, je úroveň umělé potratovosti nejvyšší na celém světě.

**Obr. 17 – Prevalence antikoncepce (v %) v subregionech Latinské Ameriky a Karibiku, 1995–2009**



**Poznámka:** *moderní metody:* sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka; *tradiční metody:* periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktanční amenorey, lidové metody

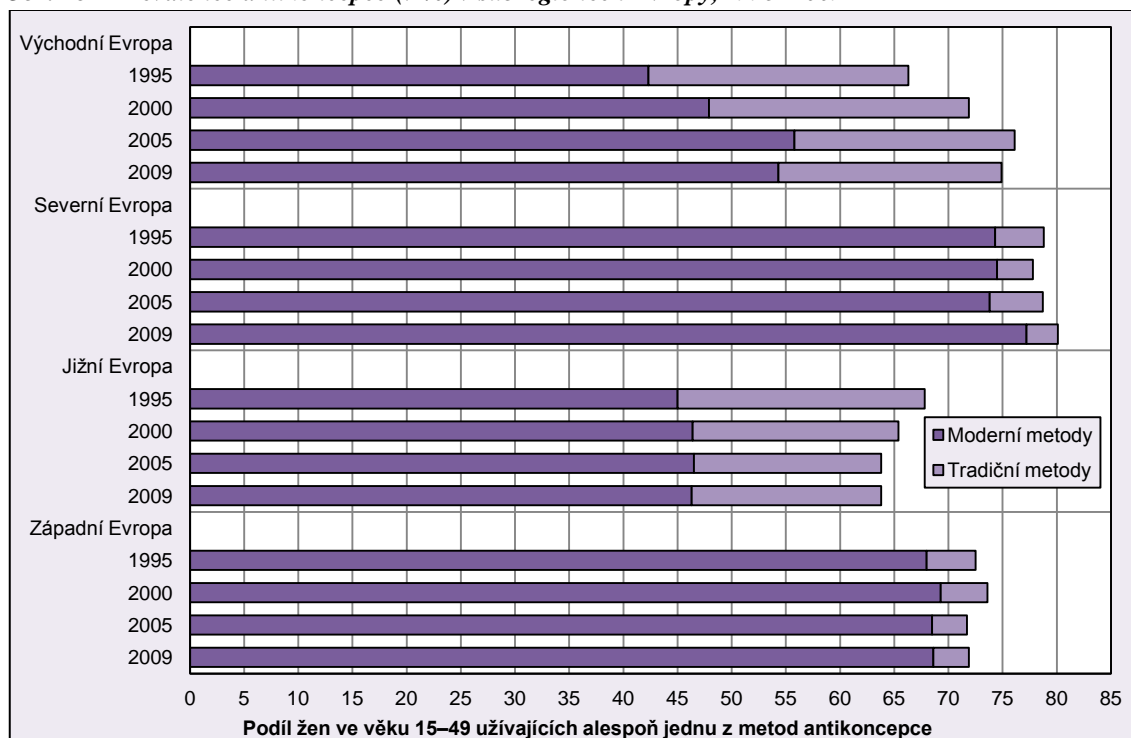
**Zdroj:** UN (2011b)

### 5.3.4 Evropa

V evropských zemích byly od 70. let zaváděny programy plánovaného rodičovství a probíhaly rozsáhlé kampaně, které byly zaměřené na šíření informací o antikoncepčních metodách. Od 80. let však některé země, například Rakousko, Dánsko, Francie, Itálie, Švýcarsko, snížily podporu programů plánovaného rodičovství v reakci na nízkou úroveň plodnosti. Počet zemí, které poskytují přímou podporu plánování rodičovství, výrazně vzrostl po rozpadu Sovětského svazu, Jugoslávie a po rozdělení Československa. V roce 2001 poskytovalo vládní podporu 88 % evropských zemí a v důsledku většího zapojení nevládních organizací poklesla vládní podpora. Ale například Andorra a Švýcarsko neposkytují podporu žádnou (UN, 2006).

V roce 2009 dosahovala evropská prevalence antikoncepce 73 %. Úroveň je v rámci regionu odlišná a existují velmi významné rozdíly, co se týče využívání moderních antikoncepčních metod (obr. 18). Překvapující je velká důvěra párů v tradiční antikoncepční metody, které například v jižní nebo východní Evropě upřednostňovalo v roce 1995 více jak 20 % žen ve věku 15–49, které jsou vdané nebo žijí v kohabitaci. Relativně vysoký podíl užívání jak tradičních, tak moderních metod antikoncepce v případě východní Evropy znamená celkově vyšší prevalence antikoncepce v tomto subregionu. Tato oblast je ovšem specifická i nejvyššími obecnými měrami umělé potratovosti na světě. Naopak příklad velkého úspěchu je omezení umělé potratovosti pomocí efektivních antikoncepčních metod v Severní a západní Evropě, kde je velmi vysoká prevalence antikoncepce a také nejnižší úroveň umělé potratovosti na světě.

**Obr. 18 – Prevalence antikoncepce (v %) v subregionech Evropy, 1995–2009**



**Poznámka:** *moderní metody:* sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka; *tradiční metody:* periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktační amenorey, lidové metody

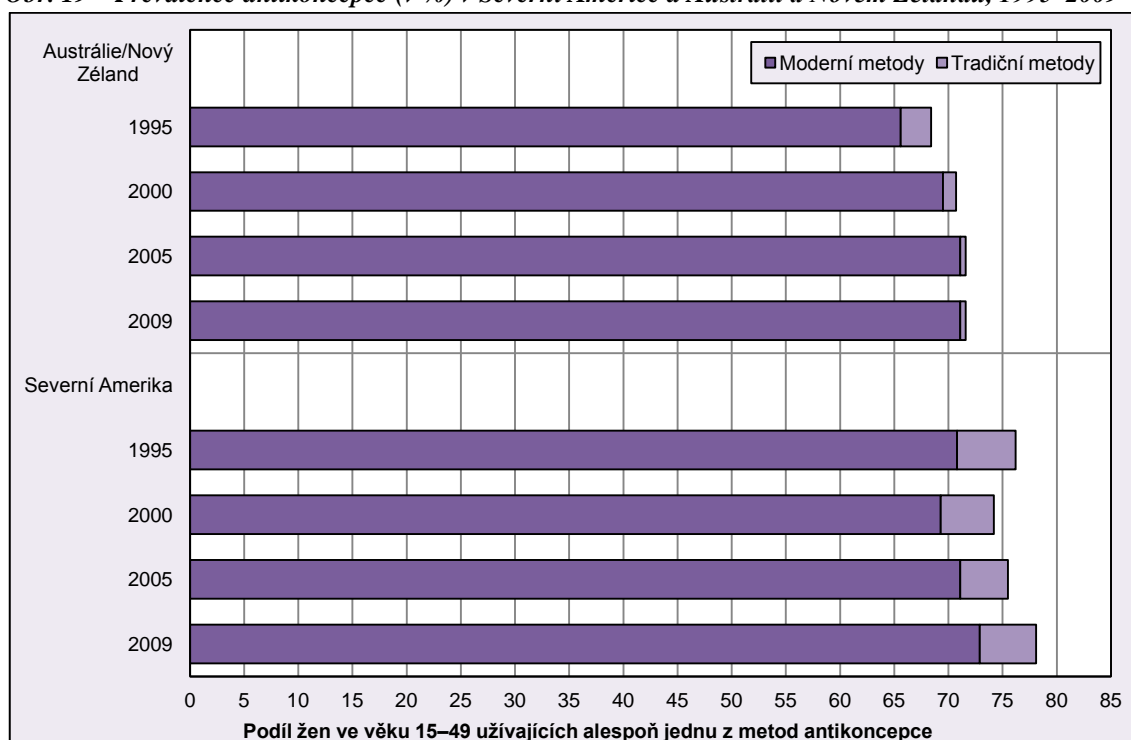
**Zdroj:** UN (2011b)

### 5.3.5 Severní Amerika, Austrálie a Nový Zéland

S počátky regulace plodnosti došlo také k modernizaci antikoncepčních metod, která se nejdříve projevila, kromě několika evropských států, v severní Americe. Od roku 1960 byly dostupné perorální antikoncepční přípravky, moderní nitroděložní tělíska se stala přístupnějšími a v roce 1970 byly vylepšeny metody sterilizace (Cleland, 2009). Tyto změny měly okamžitý vliv na úroveň prevalence antikoncepce zejména v severní Americe.

V rámci regionů měla severní Amerika v období 1995–2009 nejvyšší úroveň prevalence antikoncepce na světě. Tato úroveň ve sledovaném období nikdy neklesla pod 74 % (obr. 19). Podíl tradičních metod antikoncepce je vyšší než v Austrálii a Novém Zélandu, ale stále 93 % uživatelů antikoncepce dává přednost moderním metodám. Vývoj i úroveň prevalence užívání antikoncepce v Austrálii a Novém Zélandu je srovnatelný s Evropou, nicméně podíl žen, které daly v Austrálii a Novém Zélandu přednost tradičním metodám antikoncepce, je několikanásobně menší.

**Obr. 19 – Prevalence antikoncepce (v %) v Severní Americe a Austrálii a Novém Zélandu, 1995–2009**



**Poznámka:** *moderní metody:* sterilizace, perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělísko, mužský kondom, injekční antikoncepce, implantáty a vaginální bariérové metody, ženský kondom, nouzová antikoncepční pilulka; *tradiční metody:* periodická sexuální abstinence, přerušovaný pohlavní styk, dlouhodobá abstinence, výplach pochvy, kojení, metoda laktální amenorey, lidové metody

**Zdroj:** UN (2011b)

### 5.3.6 Shrnutí

Prevalence antikoncepce byla ve sledovaném období velice podobná ve čtyřech z šesti sledovaných územních celků. Podle očekávání byla vyšší ve vyspělých oblastech, mezi které patří Severní Amerika, Austrálie a Nový Zéland a Evropa. Vyšší hodnoty prevalence antikoncepce byly ovšem patrné i v Latinské Americe a Karibiku. Ve všech těchto oblastech dosahovala v roce 2009 prevalence užívání antikoncepce více jak 70 %. Naprosto odlišný

příklad poskytuje Afrika, kde jsou hodnoty tohoto ukazatele ani ne poloviční. Největší variabilita v rámci regionu je zjevná v Asii, kde se od ostatních subregionů výrazně liší východní Asie, jejíž úroveň prevalence antikoncepce je nejvyšší na světě. V ostatních částech asijského kontinentu se hodnoty pohybují mezi 55 % a 62 % v roce 2009. Největší podíl žen, z celkového počtu uživatelů antikoncepce, které se přiklonily k využívání tradičních antikoncepčních metod, je v Africe a též v Evropě. Podíl těchto uživatelů ze všech žen užívající antikoncepci se na obou kontinentech pohybuje v průběhu analyzovaného období kolem 20 %.

## 5.4 Úroveň umělé potratovosti a prevalence antikoncepce

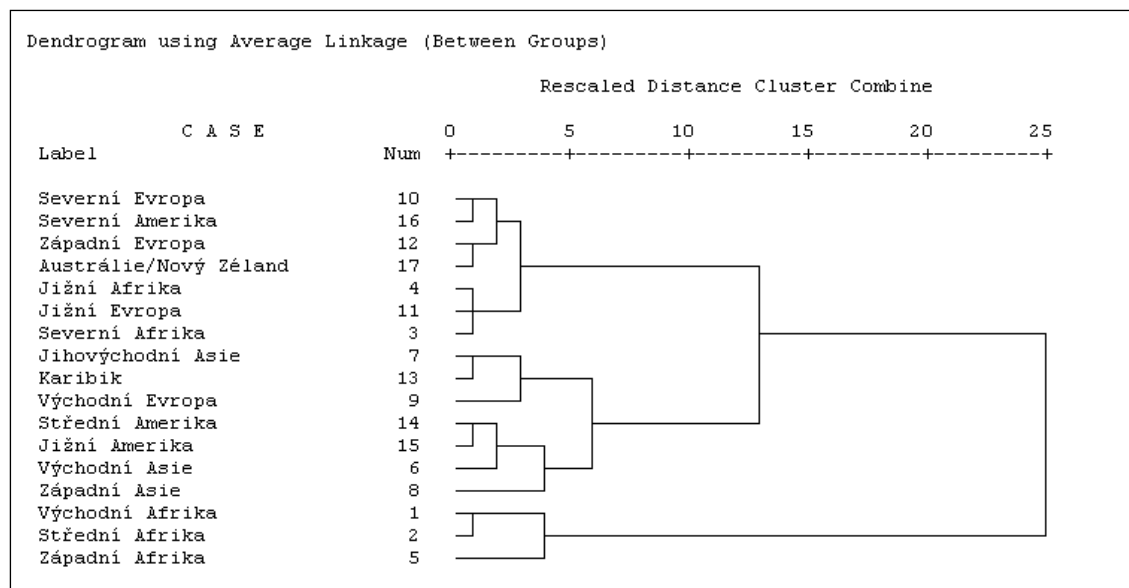
Ve vývoji sledovaných ukazatelů je evidentní skutečnost, že s rostoucí prevalencí antikoncepce celosvětově klesá obecná míra umělé potratovosti. Nicméně ne vždy je vyšší prevalence antikoncepce zárukou nižší úrovně umělé potratovosti, což dokazuje současná situace zejména v některých státech východní Evropy, ale také Karibiku a Jihovýchodní Asie.

Podle výsledků shlukové analýzy, lze identifikovat několik skupin států podle souvislosti obecné míry umělé potratovosti a prevalence antikoncepce (obr. 20). Vzhledem k dostupným údajům byla použita vstupní data za prevalenci z roku 2009, zatímco za obecné míry umělé potratovosti z roku 2008. Předpokladem je, že v rámci jednoho kalendářního roku nedošlo k výrazným vývojovým změnám umělé potratovosti, které by ovlivnily výsledky této shlukové analýzy. Kvůli nestejnému rozdělení subregionů, které bylo zvoleno v poskytnutých údajích za umělou potratovost a prevalenci antikoncepce, byla ve shlukové analýze vynechána jihocentrální Asie.

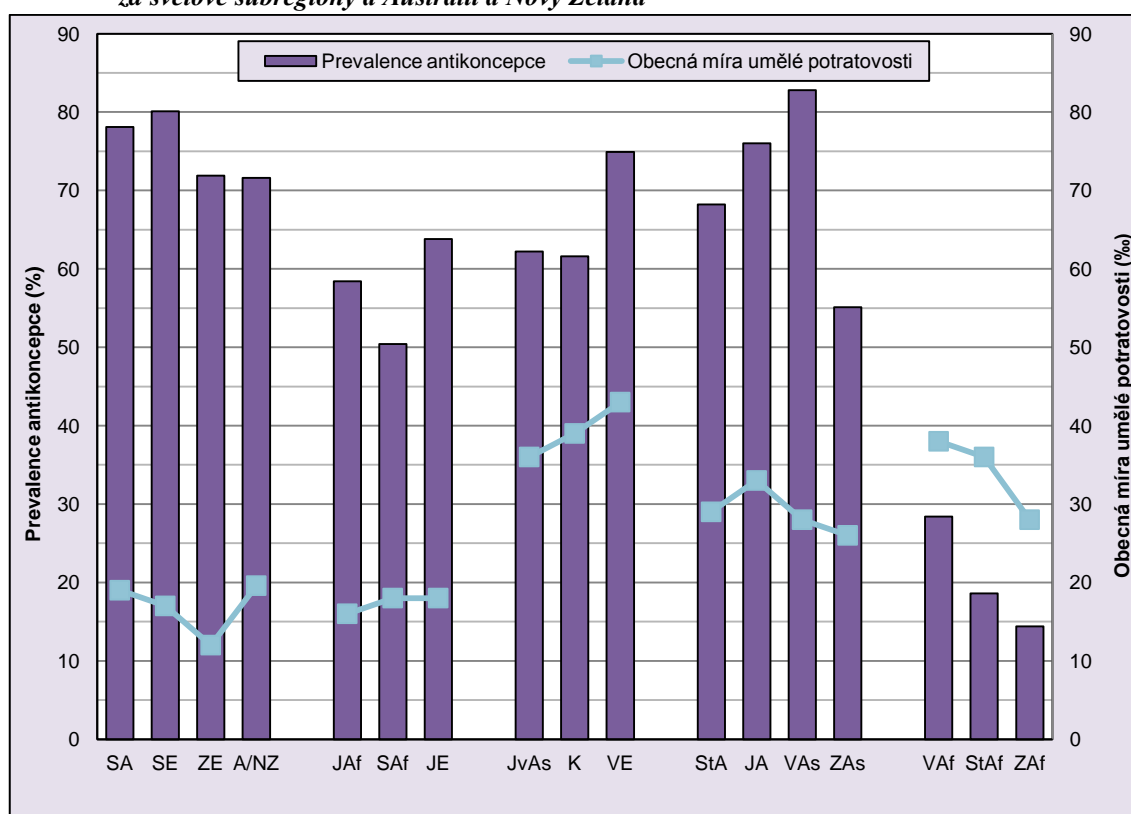
Světové subregiony je možno rozdělit do pomyslných pěti skupin. Tři z nich mají naprosto specifické rysy obou ukazatelů a jejich zařazení je patrné již dle výsledků předcházející analýzy. První skupinu tvoří nejvyspělejší části světa, což jsou státy severní a západní Evropy, severní Amerika, Austrálie a Nový Zéland, které v celosvětovém měřítku dosahují nejnižší úrovně umělé potratovosti a zároveň nejvyšších hodnot prevalence antikoncepce (obr. 21). V těchto státech je patrný vliv moderních antikoncepčních metod, které mají v těchto vyspělých oblastech většinové zastoupení. Druhou specifickou skupinu tvoří tři africké subregiony, mezi které patří východní, střední a západní Afrika, kde je prevalence antikoncepce velmi nízká a to především z důvodu nedostupnosti a nedostatku informací o efektivních antikoncepčních metodách. Z části i z těchto důvodů jsou zde obecné míry umělé potratovosti velmi vysoké. Do další výrazné kategorie spadá jihovýchodní Asie, Karibik a východní Evropa. Tyto oblasti jsou charakteristické světově nejvyššími hodnotami obecných měr umělé potratovosti, ale zároveň vysokých hodnot dosahuje i prevalence antikoncepce. Tato skutečnost je pravděpodobně z části způsobena nesprávným nebo nepravidelným užíváním moderních antikoncepčních metod nebo spoléhání na tradiční metody antikoncepce, které nemají vysokou záruku spolehlivosti.

Ostatní dvě skupiny subregionů se svými hodnotami obou ukazatelů pohybují mezi těmito třemi popsány kategoriemi. Vyloučená jihocentrální Asie by pravděpodobně spadala do skupiny se západní a východní Asií a s jižní a severní Afrikou, kde obecná míra umělé potratovosti i prevalence antikoncepce dosahují středních hodnot.

**Obr. 20 – Shluková analýza: obecná míra umělé potratovosti v roce 2008 a prevalence antikoncepce v roce 2009, světové subregiony**



**Obr. 21 – Obecná míra umělé potratovosti v roce 2008 a prevalence antikoncepce v roce 2009 za světové subregiony a Austrálii a Nový Zéland**



**Poznámky:** SA – severní Amerika, SE – severní Evropa, ZE – západní Evropa, A/NZ – Austrálie a Nový Zéland, JAf – jižní Afrika, SAf – severní Afrika, JE – jižní Evropa, JvAs – jihovýchodní Asie, K – Karibik, VE – východní Evropa, StA – střední Amerika, JA – jižní Amerika, VAs – východní Asie, ZAs – západní Asie, VAf – východní Afrika, StAf – střední Afrika, ZAf – západní Afrika;

Seskupení subregionů dle výsledků shlukové analýzy; hodnota obecné míry umělé potratovosti pouze za NZ

**Zdroj:** UN (2011b), Sedgh et al. (2012), Singh et al. (2009)

## Kapitola 6

### Závěr

Klíčovým faktorem ovlivňujícím možnost přístupu žen ke službám umělého přerušení těhotenství je konkrétní legislativa platná v daném území. Zákony o UPT mají základ v zákonících, zákonech či soudních nařízeních, které jsou právními prameny tří základních právních systémů a jednotlivé státy je převzaly v základní nebo upravené podobě. Liberální zákony, běžné spíše ve vyspělých oblastech, při jejich správné realizaci zaručují ženám bezpečné metody zákroku a jsou platné ve 34 % zemí, jejichž obyvatelstvo tvoří 62 % světové populace. Pro zbytek světové populace je platná restriktivní legislativa, která je spojena v převážné části s méně vyspělými oblastmi, kde dochází k častému vykonávání nebezpečných UPT. V této kategorii se vyskytují jak státy s úplným zákazem provedení zákroku, což jsou většinou státy Afriky, Latinské Ameriky a Karibiku, tak i státy, které povolují provedení UPT ze zdravotních důvodů. Důležitým faktorem, který též významně ovlivňuje úroveň umělé potratovosti je rozšíření efektivních antikoncepčních metod a aplikace programů plánovaného rodičovství. Na přístup k takovým službám má vliv jejich vládní podpora, která je v současnosti přímo nebo nepřímo poskytována ve většině států. Ovšem v mnoha z nich je přístup k těmto službám nedostačující mimo jiné z důvodu špatné realizace těchto programů nebo nedostatku finančních prostředků.

Celosvětové srovnávání úrovně umělé potratovosti je částečně znesnadněno neúplnými nebo zcela chybějícím statistikami v některých zemích. Převážně ve státech, kde je legislativa o UPT restriktivní, je obtížné odhadnout co nejpřesnější počet provedených interrupcí vzhledem k velkému počtu nelegálně vykonávaných UPT mimo státní zdravotnická zařízení. Díky odhadům nebezpečných UPT, které byly vytvořeny Světovou zdravotnickou organizací je ovšem určité srovnání se státy s liberální legislativou možné.

První uvedená hypotéza zmiňující pokles počtu interrupcí byla potvrzena jen zčásti. Celosvětově klesl v období 1995–2008 počet provedených UPT i obecná míra umělé potratovosti, ovšem tento pokles byl způsoben převážně snížením počtu bezpečných UPT ve vyspělých zemích. Nebezpečná UPT v tomto období naopak vzrostla a pouze z důvodu populačního růstu se snížila obecná míra nebezpečné umělé potratovosti. Nejvyšší úroveň umělé potratovosti byla v průběhu celého období zaznamenána v Latinské Americe a Karibiku, kde obecná míra umělé potratovosti neklesla pod 30 %. Díky liberálním zákonům na Kubě se na celkovém počtu UPT alespoň minimálně podílí ta bezpečně provedená. Tento region je



následován Afrikou a Asií, kde byly hodnoty obecné míry umělé potratovosti srovnatelné. Východní Asie byla analyzovaná na rozdíl od ostatních asijských subregionů v rámci liberální legislativy a nebezpečná UPT zde v porovnání se zbytkem Asie nebyla téměř zaznamenána. Podobných hodnot obecné míry umělé potratovosti dosahovaly i jihocentrální a západní Asie. Přes celosvětově nejvyšší počet provedených UPT v jihocentrální Asii však z důvodu velikosti populace nepatří obecná míra umělé potratovosti mezi ty světově nejvyšší. Mezi ty ovšem patří hodnoty jihovýchodní Asie, kde se obecná míra umělé potratovosti během daného období pohybovala kolem 38 %, což je z velké části způsobeno zavedenou liberální legislativou ve Vietnamu. Na rozdíl od Asie, kde byl znatelný podíl bezpečných UPT na jejich celkovém počtu i s vyloučením východní Asie, v Africe se vyskytují v naprosté dominanci nebezpečná UPT. V roce 2008 se teprve projevila liberální legislativa Jihoafrické republiky, Tuniska a dalších států. V Evropě byly hodnoty obecné míry umělé potratovosti nepatrně nižší než v asijském a africkém regionu s výjimkou roku 1995, kdy Evropa se svými 48 UPT na 1000 žen ve věku 15–44 dosahovala celosvětově nejvyšších hodnot tohoto ukazatele. Tato skutečnost byla způsobena především velmi vysokou úrovní umělé potratovosti ve východní Evropě, která přes výrazný pokles v daném období, i v současnosti velmi zvyšuje průměr za celý region. Naopak celosvětově nejnižší úrovně umělé potratovosti dosahovala během celého období západní Evropa, která nepřekročila hodnotu 12 %. Dlouhodobě nízkých hodnot tohoto ukazatele dosahovaly Severní Amerika a Austrálie a Nový Zéland, kde na 1000 žen ve věku 15–44 připadalo kolem 20 UPT. Hodnoty indexu umělé potratovosti měly podobný průběh jako obecná míra umělé potratovosti, nicméně subregiony s vyšší úrovní plodnosti, zejména subregiony Afriky, dosahovaly v celosvětovém pohledu nižších hodnot. Provedená analýza a následně vypočítaný korelační koeficient nepotvrdily hypotézu, že existuje závislost mezi přísností zákonů o UPT a úrovní umělé potratovosti. Naopak v oblastech s restriktivní legislativou je incidence UPT vyšší a ženy jsou v souvislosti s těmito zákony vystaveny ohrožení z nebezpečně prováděných interrupcí.

V souvislosti s úrovní umělé potratovosti byla provedena i analýza prevalence antikoncepce v jednotlivých světových subregionech. Podle očekávání byla nejvyšší ve vyspělých oblastech, tedy v Severní Americe, Austrálii a Novém Zélandu a v Evropě, kde se v průběhu sledovaného období pohybovala kolem 70 %. Všechny subregiony náležející do těchto oblastí, s výjimkou východní Evropy, jsou charakteristické nízkou úrovní umělé potratovosti, což je v souladu s tvrzením, které předkládá jedna z úvodních hypotéz. Vysoká prevalence antikoncepce je ovšem dle provedené analýzy překvapivě i v Latinské Americe a Karibiku, kde je úroveň umělé potratovosti nejvyšší na světě. Vysoká úroveň umělé potratovosti je pravděpodobně způsobena nesprávným nebo nepravidelným užíváním moderních antikoncepčních metod. Naopak nízké hodnoty prevalence antikoncepce jsou patrné v Africe, kde kromě severní a jižní Afriky, v nichž jsou moderní antikoncepční metody relativně rozšířené, se prevalence v roce 2009 pohybovala mezi 14 % (západní Afrika) a 28 % (východní Afrika). Na tradiční antikoncepční metody spoléhá nejvíce párů v Africe a Evropě, kde se v roce 2009 na celkové prevalenci tradiční metody podílí až z 20 %. Z analýzy vyplývá, že celosvětově s rostoucí prevalencí antikoncepce klesá úroveň umělé potratovosti, nicméně Latinská Amerika a Karibik nebo východní Evropa poskytují jedinečný příklad toho, že ne vždy je tato závislost platná.

Pro snížení celosvětové úrovně umělé potratovosti je zásadní předcházet neplánovaným těhotenstvím, které se velká část žen rozhodne řešit umělým potratem. Rozšiřování přístupu k efektivním antikoncepčním metodám, zlepšování kvality informací o antikoncepci a rozvoj programů plánovaného rodičovství jsou v prevenci nechtěných těhotenství zásadní. Pro eliminaci nebezpečných interrupcí a zlepšení špatného zdravotního stavu žen zejména v méně vyspělých oblastech, je nezbytné zajistit dostupnost legálních UPT všem ženám v nouzi. Pro tyto cíle jsou odhady nebezpečných UPT a celkově všech provedených interrupcí důležitým krokem pro postihnutí konkrétní situace v jednotlivých státech a tedy celé problematiky. Analýza úrovně umělé potratovosti podle věku, zejména v méně vyspělých státech, kde tyto informace nejsou dostupné, by byla vhodnou volbou pro lepší vyjádření úrovně daného problému. Takové údaje by zejména v zemích s vysokou úrovní umělé potratovosti mohly být užitečné pro lepší strukturu programů plánovaného rodičovství a antikoncepčních služeb, které by se mohly zaměřit na nejproblémovější věkové skupiny v daných oblastech.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABCARIAN, R.; RICCARDI, N. 2009. Abortion doctor George Tiller is killed; suspect in custody. *Los Angeles Times*. Červen 2009. Dostupný z WWW: <<http://articles.latimes.com/2009/jun/01/nation/na-tiller1>>. ISSN 0458-3035.
- ALCORN, A. 2000. Pro-Life Answers to Pro-Choice Arguments. Massachusetts : Multnomah Books, 2000. 464 s. ISBN 1576737519.
- BÉLANGER, D.; FLYNN, A. 2009. The Persistence of Induced Abortion in Cuba: Exploring the Notion of an “Abortion Culture“. *Studies in Family Planning*. 2009, vol. 40, no. 1, s. 13–26. ISSN 0039-3665.
- BROWN, G. F. 1984. United Nations International Conference on Population, Mexico City, 6–13 August 1984. *Studies in Family Planning*. 1984, vol. 15, no. 6, s. 296–302. ISSN 0039-3665.
- Childbirth by Choice Trust. 1995. Abortion in Law, History & Religion. Toronto: Childbirth by Choice Trust, 1995. 68 s. Dostupný také z WWW: <<http://chodarr.org/sites/default/files/chodarr1085.pdf>>.
- CLELAND, J. 2009. Contraception in historical and global perspective. *Best practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2009, vol. 23, no. 2, s. 165–176. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169340800151X>>.
- COOK, R. J.; DICKENS, B. M. 1979. Abortion laws in Commonwealth countries. Grandchamp: WHO, 1979. 108 s. Dostupný také z WWW: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/1979/9241693037.pdf>>. ISBN 92-4-169303-1.
- CRR. 2008. The World's Abortion Laws [online]. New York: CRR, 2008 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW: <[http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/pub\\_fac\\_abortionlaws2008.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf)>.
- CRR. 2013. Centrum for Reproductive Rights [online]. New York: CRR, [cit. 2013-03-24]. About the Centrum for Reproductive Rights. Dostupný z WWW: <<http://reproductiverights.org/en/about-us>>.
- ČSÚ. 2004. Postavení ČR v mezinárodním srovnání potratovosti [online]. Praha: Český statistický úřad, 2004 [cit. 2013-03-24]. Vývoj potratovosti v České republice. Dostupný z WWW: <[http://notes3.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500447281/\\$File/6.pdf](http://notes3.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E500447281/$File/6.pdf)>.

- DABASH, R.; ROUDI-FAHIMI, F. 2008. *Abortion in the Middle East and North Africa* [online]. Washington DC: Population Reference Bureau, 2008 [cit. 2013-04-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.prb.org/pdf08/MENAabortion.pdf>>.
- DAVID, H. P. 1992. Abortion in Europe, 1920–91: A Public Health Perspective. *Studies in Family Planning*. 1992, vol. 23, no. 1, s. 1–22. ISSN 0039-3665.
- GOODKIN, D. 1994. Abortion in Vietnam: measurements, puzzle, and concerns. *Studies in Family Planning*. 1994, vol. 25, no. 6, s. 342–352. ISSN 0039-3665
- GRIMES, D. A.; BENSON, J.; SINGH, S. et al. 2006. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*. 2006, vol. 368, no. 9550, s. 1908 – 1919. Dostupný také z WWW: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_4.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf)>. ISSN 0140-6736.
- Guttmacher Institute. 2008. *Facts on Induced Abortion in Mexico* [online]. New York: Guttmacher Institute, 2008 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW: <[http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB\\_IA\\_Mexico.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico.pdf)>.
- Guttmacher Institute. 2009. *Unsafe abortion in Zambia* [online]. New York: Guttmacher Institute, 2009 [cit. 2013-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Unsafe-Abortion-Zambia.pdf>>.
- Guttmacher Institute. 2012. *Facts on Abortion in Africa* [online]. New York: Guttmacher Institute, 2012 [cit. 2013-03-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Africa.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Africa.pdf)>.
- HATTSTEIN, M.; DELIUS, P. 2006. *Islám: Umění a architektura*. Praha: Slovart s.r.o, 2006. 639 s. ISBN 978-80-7209-846-0.
- HENDL, J. 2006. *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9.
- HENSHAW, S. K.; SINGH, S.; HAAS, T. 1999. The Incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspectives*. 1999, vol. 25, Supplement, s. 30–38. Dostupný z WWW: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2991869?uid=3737856&uid=2&uid=4&sid=21102219889351>>. ISSN 0190-3187.
- HESSINI, L. 2007. Abortion and Islam: Policies and Practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters*. 2007, vol. 15, no. 29, s. 75–84. Dostupný také z WWW: <[http://www.rhjournal.org/article/S0968-8080\(06\)29279-6/fulltext](http://www.rhjournal.org/article/S0968-8080(06)29279-6/fulltext). ISSN 0968-8080>. ISSN 0968-8080.
- IPPF. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF, 1996. 60 s. Dostupný také z WWW: <[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/IPPF\\_charter\\_SRH\\_rights\\_2003.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/IPPF_charter_SRH_rights_2003.pdf)>. ISBN 086089-109-7.
- JEŽ, O. 2003. Protipotratový terorismus. *Rexter* [online]. Listopad 2003, roč. 2, č. 2 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.rexter.cz/protipotratovy-terorismus/2003/11/01/>>.

- JONES, R. K.; DARROCH, J.E.; HENSHAW, S.K. 2002. Patterns in the Socioeconomic Characteristics of Women Obtaining Abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and reproductive Health*. 2002, vol. 34, no. 5, s. 226–235. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3422602.pdf>>. ISSN 1931-2393
- KALIBOVÁ, K. 1997. *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum, 1997. 52 s. ISBN 807184-428-4
- KNAPP, V. 1996. *Velké právní systémy. Úvod do srovnávací právní vědy*. Praha: C.H. Beck s.r.o., 1978. 248 s. ISBN 80-7179-089-3.
- KNOPPERS, B. M.; BRAULT, I.; SLOSS, E. 1990. Abortion Law in Francophone Countries. *The American Journal of Comparative Law*. 1990, vol. 38, no. 4, s. 889–922.
- KUČERA, E. 2011. Umělé přerušení těhotenství. *Lékařské Listy*. Březen 2011, roč. 15, č. 3. Dostupný také z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/umele-preruseni-tehotenstvi-459013>>. ISSN 0044-1996.
- KÜHN, Z. 1998. *Ochrana lidského plodu v trestním právu*. Praha: Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců Praha, 1998. 63 s. Příručky Ministerstva spravedlnosti České republiky, sv. 57.
- PAVLÍK, Z.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J.; ŠUBRTOVÁ, A. 1986. *Základy demografie*. Praha: Academia, 1986. 732 s.
- RAHMAN, A.; KATZIVE, L.; HENSHAW, S. K. 1998. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985 – 1997. *International Family Planning Perspectives*. 1998, vol. 24, no. 2, s. 56–64. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.pdf>>. ISSN 0190-3187.
- ROEMER, R. 1967. Abortion law: The approaches of different nations. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1967, vol. 57, no. 11, s. 1906–1922. Dostupný z WWW: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.57.11.1906>>.
- SANTHYA, K. G; VERMA, S. 2004. Induced Abortion: The Current Scenario in India. *Regional Health Forum*. 2004, vol. 8, no. 2, s. 1–14. Dostupný také z WWW: <[http://ww2.chsj.org/media/Resources/Maternal%20Health/Induced%20Abortion\\_The%20Current%20Scenario%20in%20India.pdf](http://ww2.chsj.org/media/Resources/Maternal%20Health/Induced%20Abortion_The%20Current%20Scenario%20in%20India.pdf)>. ISBN-10 8170338794.
- SEDGH, G.; HENSHAW, S.; SINGH, S.; AHMAN, E.; SHAH, I. H. 2007a. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*. 2007, vol. 370, no. 9595, s. 1338–1345. ISSN 0140-6736
- SEDGH, G.; SINGH, S.; HENSHAW, S. K. et al. 2012. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*. 2012, vol. 379, no. 9816, s. 625–632. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3422602.pdf>>. ISSN 0140-6736.
- SEDGH, G.; SINGH, S.; HENSHAW, S.K.; BANKOLE, A. 2007b. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. *International Family Planning Perspectives*. 2007, vol. 33, no. 3, s. 106–116. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3310607.pdf>>. ISSN 0190-3187.

- SEDGH, G.; SINGH, S.; HENSHAW, S.K.; BANKOLE, A. 2011. Legal Abortion Worldwide in 2008: Levels and Recent Trends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011, vol. 43, no. 3, s. 188–198. Dostupný také z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=acc119d4-4e79-4fa8-ab12ff2b8f2dd09e%40sessionmgr114&hid=114>>. ISSN 1931-2393.
- SHIEL, W. C.; STOPPLER, M. C. 2008. *Webster's new world medical dictionary*. New Jersey: Wiley Publishing, 2008. 483 s., III. Dostupný také z WWW: <<http://allofislam.com/wp-content/uploads/2012/05/Websters-New-World-Medical-Dictionary-Fully-Revised-and-Up1.pdf>>. ISBN 978-0-470-18928-3.
- SINGH, S.; WULF, D.; HUSSAIN, R.; BANKOLE, A.; SEDGH, G. 2009: *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher Institute, 2009. 67 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>>. ISBN 978-1-934387-03-0.
- UN. 2002. *Abortion Policies: A Global Review*. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2002. 633 s. Vol. 1–3. Dostupný také z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/>>. ISBN 9211513650.
- UN. 2006. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2006. 247 s. Dostupný také z WWW: <[http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002\\_Report.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf)>.
- UN. 2010: *World Fertility Report: 2007*. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2010. 93 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertilityreport2007/wfr2007-text.pdf>>. ISBN 978-92-1-151473-5.
- UN. 2011a. *World Abortion Policies 2011* [online]. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2011 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/2011abortion/2011wallchart.pdf>>.
- WARRINER, I. K.; SHAH, I.H. 2006. *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences*. New York: Guttmacher Institute, 2006. 254 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/07/10/PreventingUnsafeAbortion.pdf>>. ISBN 0-939253-76-3.
- WHO. 1978. *Alma-Ata 1978*. International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978. 80 s. Dostupný také z WWW: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>.
- WHO. 2006. Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva: WHO, 2006. 41 s. Dostupný také z WWW: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594845\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594845_eng.pdf)>. ISBN 92-4-159484-5.
- WHO. 2011. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva: WHO, 2011. 67 s. Dostupný také z WWW: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf)>. ISBN 978-92-4-150111-8.

WHO. 2012. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO, 2012. 134 s. Dostupný také z WWW: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf)>. ISBN 978-92-4-154843-4.

## SEZNAM ZDROJŮ DAT

UN. 1995. *Demographic Yearbook 1995* [online]. New York: United Nations Statistics Division, 1995 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW:

<<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/1995%20DYB.pdf>>.

UN. 2003. *Demographic Yearbook 2003* [online]. New York: United Nations Statistics Division, 2003 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW:

<<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/2003%20DYB.pdf>>.

UN. 2008. *Demographic Yearbook 2008* [online]. New York: United Nations Statistics Division, 2008 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW:

<<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybsets/2008%20DYB.pdf>>.

UN. 2011b. *World Contraceptive Use 2011* [online]. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2011 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW:

<<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>>

UN. 2011c. *World Population Prospects, the 2010 Revision* [online]. New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2011 [cit. 2013-03-24]. Dostupný z WWW: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>>